COUNTWAY LIBRARY
HC 4PZC J

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

PROF. C. MAROCCO

468

SULL' ISTEROPESSI VAGINALE ISTRUMENTALE

SENZA SUTURA PROFONDA

MODIFICAZIONI SUCCESSIVE DELLA PINZA FISSATRICE E DEL PROCESSO

CONTRIBUTO CLINICO

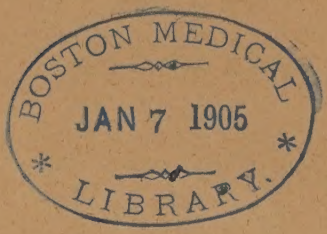
(CON UNA TAVOLA)

Estratto dal Bollettino della R. Accademia Medica di Roma
Anno XXVII - Fascicolo IV.

ROMA
TIPOGRAFIA FRATELLI CENTENARI
Via degli Avignonesi, 30-31
Telefono 2312

1901

24.2.157



Sommario.

Introduzione, p. 5-6. — Generalità sul dinamismo muscolare pelvico, p. 7-9. — Della bibliografia generale delle isteropessie, p. 9. — Spoglio statistico su 1834 pazienti, p. 10-12. — Cenni embrio-anatomici sullo sviluppo degli organi pelvici e loro reciproci rapporti per la ricerca degli elementi anatomo-fisiologici a cui resta legata la patogenesi degli spostamenti, p. 12-15. — Contributo recente dello Schücking sulla terapia delle retroflessioni, p. 15-17. — Considerazioni che prepararono il nuovo metodo di fissazione, p. 17-21. — *Ne quid nimis*, — Importanza dei punti di stimolo pelvico-genitali, p. 18. — Autoterapia nelle cicatrici da parto, p. 18. — Cenno di indirizzo ginecologico razionale. — Sull'etiologia delle deviazioni e spostamenti della matrice, p. 18-19. — Cause meccaniche, p. 18-19. — Cause nervose mio-paralitiche, p. 18-19. — Contributo clinico, p. 20. — Rapporto proporzionale fra forma morbosa e soccorso chirurgico, p. 20-21. — Di un caso di isteropessia addominale e sue sequele, p. 21. — Sul posto che spetta al nuovo metodo di fissazione di fronte agli altri, p. 22-23. — Interventi pelvico-genitali, p. 22. — Di un caso di fibroide-isteropessia addominale seguita ad un imprendimento riuscito incompleto per la via vaginale, p. 22-23. — Dello svincolamento progressivo della vescica dalla cervice uterina come nota evolutiva fisiologica, p. 24-25. — Di un caso di svincolamento vescicale completo a vagina invertita, p. 25-26. — Concetto fondamentale dell'isteropessia con la pinza fissatrice, p. 26-27. — Descrizione dell'istrumento, p. 28. — Tecnica operatoria, p. 28-30.

Storia delle pazienti:

1ª *Diagnosi.* Retroversio-flexio probabilmente libera con rilasciamento del fondo pelvico; prolasso utero-vaginale con cistocele e rettocele iniziale, in soggetto affetto da insufficienza mitrale da reumatismo poliarticolare pregresso e nefrite gravidica, p. 35-38.

2ª *Diagnosi.* Retroversione completa dell'utero con fondo leggermente incarcerato fra i legamenti posteriori e raggrinzamento iniziale connettivale del fondo pelvico, p. 38-40.

3ª *Diagnosi.* Retroversio-flexio di vecchia data dell'utero libero con fenomeni nervosi riflessi a distanza e con nota menoragica; fenomeni ovarici gravi, p. 40-42.

4ª *Diagnosi.* Idro-piometra con esiti di essudati parametritici ed asserragliamento del retto e dell'utero grosso e pastoso quanto un utero gravido oltre il terzo mese, retroflesso e fissato al fondo pelvico disteso e spinto in avanti, p. 42-48.

5ª *Diagnosi.* Retroversione completa dell'utero mobilissimo e libero, p. 48-50.

6ª *Diagnosi.* Rilasciamento dei legamenti uterini e completa retroflessione dell'utero; fenomenologia nervosa associata a crisi gastriche, p. 50-53.

7ª *Diagnosi.* Intermittente retroversione dell'utero con stiramento inguino-pelvico e tenesmo vescicale, in soggetto operato un anno prima di accorciamento bilaterale dei legamenti rotondi col metodo di Alexander-Adams, p. 53-55.

Epicrisi e cenno riassuntivo, p. 57. — Bibliografia, p. 59. — Spiegazione delle figure, p. 60.

BOSTON MEDICAL
JAN 7 1905
LIBRARY

« *Ne quid nimis* »

Se noi diamo uno sguardo alla varietà dei processi che vennero ideati ed attuati per correggere in genere le deformazioni e spostamenti uterini, noi potremo facilmente persuaderci che, presi tutti insieme, non vengono a rappresentare, il portato di uno studio ordinato, non possibile per ragioni inerenti al soggetto. Essi dànno piuttosto il prodotto geniale di una coorte di forti operatori, fra i nostri il Durante, il Mazzoni, il Ruggi, il Chiarleoni, il Bompiani, il Casati, il Bastianelli e molti altri, i quali, angustiati dal numero e dalla varietà di queste forme morbose, tentarono con criteri pratici dati dall'*ubi major minor cessat,* di dominarle arditamente, soggiogarle, imbrigliarle; lasciando, non uno ma tutti, dei *desiderata,* per cui l'arena è sempre aperta ai volonterosi.

Una delle lacune che aspettano di essere riempite è sempre questa: dove e come si deve fissar l'utero, per modo che, modificate tutte le altre condizioni dei dintorni alti e bassi della matrice, resti a posto, non soffra nelle sue funzioni periodiche, non faccia soffrire gli organi vicini e corra meno rischi, lui ed il portato, nel caso che, rimesso a posto, fosse di bel nuovo chiamato alla sua attribuzione materna.

Quest'ultima parte è certo la più scabrosa, a cui si può rispondere poco con la logica, ma solo con le statistiche grosse e coscienziose.

Io mi presento con un'idea, con un piccolo istrumento ed ho trascelto pochi casi accuratamente descritti. Al disbrigo del

mio còmpito potrebbero bastare pei provetti poche parole; ma, sia per i giovani studiosi, che amorosamente corrispondono ai miei poveri sforzi, sia per il medico in genere a cui può e deve interessare l'argomento, desidero sviluppare il tema come me lo sono da tempo studiato. Per colui che ha fretta, valga la tavola schematica: a coloro che mi concedono benevola attenzione, sono felice di offrire tutto il filo dell'opera mia, sul cui valore giudicheranno il tempo e, per ora, quelle pazienti di cui faccio parola nelle ultime pagine.

Il dinamismo della muscolatura pelvico-addominale, primo coefficiente della statica degli organi del ventre muliebre, è oltremodo complesso per gli svariati antagonismi e sinergie che lo dominano. La topografia degli organi pelvici presenta delle cospicue differenze nei vari periodi dell'esistenza. Nell'organismo adulto essa mantiene la sua nota variabile, trovandosi subordinata agli aumenti transitori di volume che in essi avvengono fisiologicamente - cieco - esse iliaca - retto - vescica - utero gravido.

Ciò premesso, noi dobbiamo aver presenti quei quadri di reperto obiettivo pelvico nei quali, se l'ultima tappa rappresenta un fatto anormale, tutte le fasi precedenti che condussero a questo, rappresentarono delle leggerissime e progressive deviazioni dell' indice fisiologico. Queste si compendiano in irregolarità funzionali e loro sequele - astenia nervosa, insufficienza muscolare, ecc., che possano portare a quell' insieme patologico di allentamenti, di ipertrofie, di prevalenze connettivali sull'elemento attivo, che, dalle leggere forme di stasi, conduce agli spostamenti e deformazioni dei vari canali. Tutto ciò noi lo possiamo osservare in casi nei quali sieno rimasti intieramente estranei gli elementi morbosi in senso stretto ; cioè, che si riferiscono a pazienti le quali non abbiano mai sofferto di quelle forme di malattie che la nosologia pelvica studia.

Quando invece noi abbiamo in esame delle pelvi battute da vere malattie delle varie sue parti - neoplasmi - infezioni

croniche-acute - sequele di traumi funzionali, accidentali - irregolarità di funzioni che assurgono ad entità morbose - coprostasi invincibili - paresi vescicali, ecc., allora le sequele di dette forme nei riguardi del dinamismo muscolare, addominale-pelvico e della modificata topografia e statica degli organi, vengono ad avere un significato del tutto nuovo.

***

A queste considerazioni generali noi dobbiamo aggiungere un altro criterio, quello dell'adattamento naturale proprio e reciproco degli organi, per il quale nelle lente modificazioni di topografia e di statica troviamo poco o nulla compromesso l'esercizio fisiologico delle loro funzioni e la cenestesi delle pazienti.

Di un tale adattamento dobbiamo non solo tener conto, ma studiarne tutto il dettaglio per modo di evitare prudentemente il pericolo, per quanto animati dalla migliore intenzione, di esser dannosi all' inferme. Le loro sofferenze svariatissime, sopra un terreno di origine vago e complesso, diventate per la terapia un obiettivo di ortopedia chirurgica, potrebbero, più che esser vinte, mutar di forma e di sede. La chirurgia ginecologica in tali evenienze, più ancora degli altri rami della chirurgia, deve avere sempre come suo motto il *non nocere.*

Nel 1888, in una lezione sulle deformazioni e sugli spostamenti uterini, dissi del mio modo di vedere sull'argomento, attingendone la parte probativa, più che alla mia povera esperienza, a quella dei nostri maestri ; sottolineando però un indirizzo terapeutico che fosse in miglior accordo con le conquiste scientifiche dalle quali possiamo in oggi andar orgogliosi, tanto nell'embriogenesi quanto nella fisiologia che, con la parte sperimentale, fornisce giornalmente lumi preziosi alla medicina pratica.

Nel 1894 pubblicai uno studio sull' importanza funzionale della vescica, ecc., deducendone un tentativo terapeutico che aveva per base un fatto anatomico e clinico esatto, quello dell'accorciamento della vagina anteriore nelle retro-deviazioni dell'utero.

L'esperienza mi edusse che fu in parte un tentativo fallito

nella sua essenza, poichè scarso e di breve durata è il vantaggio dell'allungamento vaginale ottenuto nel modo in allora descritto; ma fu un passo ragionato verso la soluzione del problema che mi ero proposto di studiare.

***

Da tempo andavo raccogliendo tutto il materiale per una disamina ordinata di quanto aveva fatto fino ad oggi l'ortopedia chirurgica, allargando le ricerche che precedono la nota scritta nel 1894. Il faticoso lavoro poteva dirsi a buon punto, allorchè mi venne fra le mani la monografia del Kleinwechter che magistralmente, con sana critica, raccolse sull'argomento quanto può soddisfare il più difficile dei bibliografi, comprendendo nella rivista storica dei varii metodi e processi, tutto quanto si riferisce alle turbe di sgravo patite dalle donne che rimasero incinte dopo il soccorso di ortopedia chirurgica.

Ricorda il Bompiani fra i primi che modificarono il processo operativo dell'Aleixander-Adams a pag. 3, e il Casati più in basso; nel parlare dell'accorciamento dei legamenti rotondi per la via addominale, proposto dal Dudley (pag. 4) non fa cenno della semplificazione adottata dal prof. Durante che gode di estesa e felice applicazione.

Dopo letta la coscienziosa monografia mi trovai dispensato dalle ulteriori ricerche; tanto più che il mio processo di correzione uterina mi venne dato da un lungo periodo di osservazione sopra pazienti e preparati studiati sotto un punto di vista tutto affatto speciale; e non aspetta quindi la sua sanzione dal confronto con gli altri procedimenti, bensì da una ben intesa circoscrizione del concetto che lo ha inspirato e che andrò brevemente esponendo.

Non tutti gli spostamenti e deformazioni dell'utero domandano un trattamento; e con tutto ciò il loro numero in rapporto alle altre forme morbose, cui spesso s'accompagna, è sempre assai rilevante. A titolo di contributo ginecologico sopra una piccola parte del materiale osservato, riporto lo spoglio fatto sopra 1834 pazienti presentatesi al nostro dispensario gratuito.

Nei quadri si tenne conto della data della prima mestruazione, divisa per trienni; delle percentuali relative agli sgravi, agli aborti e alle forme morbose più comuni, fra cui gli spostamenti e deformazioni dell'utero. In altre 653 di esse è stata segnata anche la data precisa delle prime sofferenze.

Per quanto ogni illazione si debba lasciare da parte, stante la esiguità del numero di tali storie, risulta però chiaro da un tal prospetto, che troverà altrove più ampia pertrattazione, il metodo da noi seguìto nel renderci conto di un capitolo tanto grave della ginecologia, che affligge le povere donne non solo, ma gli stessi medici ai quali le povere nervose di questa categoria domandan soccorso.

Dal nostro spoglio, notando che in esso vengono ad essere considerate solo le flessioni, versioni, lateralizzazioni semplici, un solo fatto è chiaramente rilevabile, cioè che la percentuale più grossa è data dal primo triennio, cioè da quelle pazienti in cui lo sviluppo fu precoce, mentre sono più numerose le prime mestruazioni nel secondo triennio. Altre considerazioni si potrebbero fare mettendo la percentuale degli spostamenti in rapporto con la percentuale degli sgravi e più ancora degli aborti, ma le cifre sono troppo esigue per valerne la pena.

***

Rapporti e media percentuale della prima mestruazione con i tre trienni di comparsa, con la media percentuale del numero degli sgravi, aborti e delle forme morbose presentate, desunti da 1834 storie di malate.

1890-1898.

Data e media della prima mestruazione.

Prima mestruaz.	fra	10	e	13	anni n.	681 =	37,131 per cento
„	„	„		13 e 16	„	883 =	48,146 „
„	„	„		16 e 19	„	270 =	14,721 „

Percentuale degli sgravi ed aborti.

Prima mestr. fra 10 e 13 anni, media sgravi per ciascuna 2,555
" " " " " " aborti " 0,357
" " " 13 16 " " sgravi " 2,784
" " " " " " " aborti " 0,2865
" " " 16 19 " " sgravi " 2,240
" " " " " " " aborti " 0,301

Percentuale delle forme morbose.

Neoplasie in genere.

Mestruazione fra 10 e 13 anni (681) n. 50 = 7,345 per cento
" " 13 e 16 " (883) " 51 = 5,777 "
" " 16 e 19 " (270) " 19 = 7,037 "

Forme cancerose.

Prima mestruaz. fra 10 e 13 anni (681) n. 31 = 4,552 per cento
" " " 13 e 16 " (883) " 26 = 2,944 "
" " " 16 e 19 " (270) " 11 = 4,076 "

Spostamenti.

Nelle mestruaz. fra 10 e 13 anni (681) n. 98 = 14,39 per cento
" " " 13 e 16 " (883) " 105 = 11,891 "
" " " 16 e 19 " (270) " 33 = 12,222 "

Forme infiammatorie.

Nelle mestruaz. fra 10 e 13 anni (681) n. 294 = 43,171 per cento
" " " 13 e 16 " (883) " 501 — 56,737 "
" " " 16 e 19 " (270) " 162 = 60,000 "

N. 653 ammalate delle quali è notato l'inizio delle sofferenze.

Forme morbose
in rapporto alla data del principio delle sofferenze in mesi e giorni.

Forme infiammat.	n.	353	mass. mesi	228	min.	1/2	media m.	37,10	g.
Carcinomi . . .	„	36	„	60	„	1/2	„	9,00	„
Spostamenti . .	„	199	„	216	„	1/2	„	36,22	„
Neoplasmi . . .	„	56	„	228	„	1	„	38,10	„
Forme gonorr. .	„	9	„	72	„	1	„	16,22	„

***

Veniamo ora alle note anatomiche e fisiologiche da cui risultano gli elementi patogenetici degli spostamenti e deformazioni della matrice.

Per renderci conto esatto di quanto si riferisce al dinamismo muscolare e al meccanismo reciproco di funzione e di statica degli organi pelvici, è bene correre rapidamente i vari periodi di evoluzione attraverso ai quali avvengono delle modificazioni topografiche e rapporti anatomici gradatamente diversi, che possono entrare a far parte non indifferente, per deviazioni embriologiche, nella etiologia degli spostamenti e deformazioni dell'utero ; e che ne chiariscono la patogenesi così da poter fornire le indicazioni terapeutiche ed i criteri direttivi per dati interventi.

***

Dalle molte sezioni dei canali genitali in formazione nei vari periodi di sviluppo, potei studiare in molteplici esemplari il contegno degli organi pelvici fra loro, dei rivestimenti e della ricchissima circolazione. I tipi di utero fetale, di utero infantile e di utero maturo, sono notoriamente contradistinti da rapporti speciali tra le varie parti di esso e coll'urocisti. Questa, da una intimità strettissima ed estesa con la parte alta del canale genitale in formazione, passa gradatamente ad un rapporto diverso, che arriva ad una progressiva *individualizzazione*. Questa nota anatomica, per le forme morbose di cui ci occupiamo si può qualificare come una fisiologica tendenza allo svincolo.

Nell'utero fetale, il corpo uterino, che sarà l'utero propria-

mente detto, è appena accennato; e spesso sulla superficie esterna ed interna dell'estremo addominale, porta ancora le traccie della sua duplice origine. Lo sfondato anteriore, cioè la piega sierosa vescico-uterina, è rappresentato solo da una insenatura poco profonda, che, nella topografia alta degli organi, per i quali non esiste ancora una piccola pelvi, afferma il rapporto esteso e strettissimo della parete posteriore dell'urocisti e la lunga cervice uterina. Questa, col suo ingrossamento esprime il fatto embrio-anatomico, non solo della avvenuta fusione dei due tubi genitali, ma ancora le note estese dell'invaginamento di quella parte del tubo, che dà origine alla *portio vaginalis*, in conformità dello studio da me fatto su questo tratto del tubo genitale.

Nell'utero infantile, il solco sieroso vescico-uterino si accentua di più perchè a fusione completa, con lo sviluppo ulteriore del corpo uterino, si è fatta più profondo l'insinuarsi di queste falda di rivestimento peritoneale fra i due organi.

Nell'utero maturo la piega sierosa dello scavato anteriore, riveste l'utero circa all'altezza dell'orificio interno.

In tutti questi periodi l'escavato posteriore si comporta in un modo totalmente opposto; cioè, mentre nel primo periodo, che si accompagna alla formazione del retto intestino, troviamo la piega sierosa profonda da trovarsi quasi in prossimità della strato ectodermico, la vediamo nei successivi periodi risalire, o meglio detto, figurare sempre più in alto, mentre la parte terminale dell'intestino nel suo ulteriore sviluppo si mette in diretto rapporto con la vagina, la quale si continua col triangolo perineale per la estrema parte di sbocco. Cosicchè, detto sfondato posteriore che rimane a completo sviluppo la tasca del Douglas, è limitato ai lati delle emanazioni mio-legamentose cervico-retto-sacrali ed è per un tratto più o meno lungo contiguo alla volta fornicale.

Questa tasca risponde normalmente nella sua parte più bassa a quella parte alta di vagina che io appunto chiamo vagina sierosa, cui fanno seguito della parete posteriore, la vagina rettale e vagina perineale; nomi questi che individualizzano i rapporti contigui ed immediati della parete posteriore della vagina con le parti accennate. La parete anteriore, sui medesimi criterii,

a scopo didattico resta divisa in due: la parte alta, vagina vescicale o del trigono; la parte inferiore, vagina uretrale, che presenta con questo canale la più intima delle connessioni.

Un altro fatto che merita la nostra attenzione, perchè se ha un valore nei riguardi della statica dell'utero nel periodo evolutivo, deve averne ben più quando quest'organo ed annessi sono arrivati ad intera potenzialità di funzione, è dato dalla circolazione.

L'His, salvo errore di citazione, aveva notato che embrioni e feti iniettati presentavano l'utero, ancora in parte diviso o del tutto fuso, in antiflessione esagerata.

Io stesso in tre esemplari di uteri che appartenevano a feti della lunghezza, dal sincipite al calcagno, dai 28 ai 36 cm., da me illustrati nella seconda parte del mio lavoro sulla origine della *portio*, ho potuto constatare un tal fatto in un modo marcatissimo.

E tanto più mi riuscì marcato, in quanto che disponevo di abbondante materiale di controllo, con una graduazione interessantissima riscontrabile in quei preparati di embrioni e feti, in ottime condizioni di conservazione, fuoriusciti dall'utero rapidamente, in seguito a forma emorragica attorno all'uovo, e raccolti in istato di congestione acuta per interruzione violenta del loro rapporto intimo con l'utero che li albergava.

***

Da quanto sopra, mi pare che gli elementi anatomo-fisiologici sui quali deve fissarsi l'analisi obbiettiva per lo studio degli spostamenti uterini, dalla semplice variazione di forma al prolasso completo, seguendo il filo dei dati embrio-anatomici suesposti, sono i seguenti:

1° I rapporti mio-legamentosi addomino-pelvico-uterini; i rapporti e le influenze muscolari e funzionali degli organi della cavità addominale, annessi e contigui, che intermittentemente si esercitano sull'utero ed ancor più le sequele dovute alle loro irregolarità; 2° gli sfondati anteriori e posteriori coi loro allentamenti primitivi e secondari che in siffatte forme morbose si comportano analogamente a quanto succede per il sacco dell'ernia; 3° infine la circolazione, elemento eretistico per eccel-

lenza, di massima importanza, come uno dei fattori della statica uterina normale e di quella patologica ogni volta che essa venga profondamente turbata.

Dallo studio dettagliato di questi elementi debbono sgorgare i criteri per i quali noi, in base ai dati anamnestici presentati dalle pazienti nel lungo o breve periodo della loro esistenza e delle loro sofferenze, possiamo proporci la restituzione *ad integrum*, per quanto si riferisce alla statica di un canale genitale spostato, deformato; e se congenitamente difettoso la correzione solo parziale delle condizioni risultate dall'esame diretto coi presidii dell'arte e a mezzo di interventi che per tal modo avranno la loro sanzione scientifica e pratica.

***

Dopo di che rifacendomi al Kleinwechter per tutta la parte bibliografica e critica, amo riportare quanto lessi, a lavoro finito, da uno dei più assidui ginecologhi che si occuparono della questione, lo Schücking, negli ultimi numeri del *Centralblatt* di quest'anno; nella parte prima del suo articolo sintetizza quanto sull'argomento potrebbe essere oramai coscienza comune. Mi pare tuttavia che il metodo da lui proposto, sia poco in accordo coi criterii da lui propugnati.

Della terapia delle retroflessioni per A. Schücking.

Le deficienze che presentano gli svariati metodi operativi a vincere le retroversio-flessioni dell'utero, sono dovute notoriamente più che alle difficoltà chirurgiche, alle fisiologiche particolarità dell'organo istesso. L'utero, sia per il mensile tributo che presenta l'ascesa e la discesa in quattro settimane del fatto mestruale, sia per il suo aumento e i suoi rapporti con gli organi vicini che si modificano così profondamente durante la gravidanza, non può, senza conseguenze dannose, esser legato da rigide fissazioni. La necessità di assicurare all'utero in ogni circostanza, piena libertà di movimento e di spostamento ha già posto filogeneticamente con le varie fasi del suo sviluppo le condizioni per il determinarsi delle retroflessioni.

L'utero non deve venir fissato durante tutto il periodo funzionale, vale a dire in cui egli funziona. La ventrofissazione la quale nel tempo istesso

crea due condizioni anomale; l'accorciamento dei legamenti rotondi e la vagino-fissazione, secondo il mio metodo sono da ripudiarsi finchè la donna menstrua ed esiste probabilità di concezione.

La più irrazionale è la fissazione addominale che vuole immobilizzare l'utero in un punto che non gli appartiene, stiramenti continuati sono le conseguenze di un tale tentativo. L'accorciamento dei legamenti rotondi non differisce con le sue sequele con gli altri metodi di fissazione. Questi legamenti rappresentano una irradiazione di fasci muscolari dall'utero che entrano in funzione non appena è gravido. Nell'utero non ingrossato non sono tesi. Notoriamente come avviene dell'utero durante la gravidanza aumentano considerevolmente in lunghezza e nel loro spessore. Il crescente numero delle comunicazioni di gravidanze interrotte, dovute all'accorciamento di detti legamenti, dimostrano che l'accorciamento degli stessi non è giustificato perchè dà luogo a stiramenti e a stimoli continui della muscolatura uterina. Altrettanto si può dire della vagino-fissazione. Questa aveva il vantaggio della facilità del metodo e perciò furono numerosi i casi con esso operati; naturalmente corrispondendo a questo numero in proporzione quello degli sfavorevoli risultati. Il metodo originario aveva almeno un vantaggio sulle ulteriori modificazioni che inginocchiava l'utero energicamente in avanti. Un' interruzione di gravidanza seguita a un simile trattamento non venne notificata.

Per quelle medesime circostanze nelle quali sembra indicato di dover praticare una correzione intraddominale dell'utero, io ho proposto il metodo seguente che mi diede occasione di scrivere queste righe.

Col mio primo processo dopo l'apertura del peritoneo infilavo il fornice posteriore attraverso lo spazio del Douglas, col mio ago coperto, armato di un'ansa di filo, sopra il fondo uterino e uscivo con questa dalla plica vescico-uterina. Posti i due capi dell'ansa attorno ad una caviglia, passavo questa nell'ansa gettata sopra il fondo uterino che piegavo in avanti sopra la cervice, dopo di avere cruentata con la curette l'angolo interno di flessione. Tirando i capi del filo ne veniva necessariamente l'antiflessione ad angolo acuto dell'utero. L'ansa di filo veniva allontanata dopo 10 giorni.

Con un tal processo non restava esclusa la possibilità che le trombe allo sbocco uterino risentissero la pressione dell'ansa del filo di inginocchiamento dell'utero; perciò passai al procedimento seguente:

Dopo l'apertura dello sfondato anteriore venne stirato l'utero fortemente in avanti; gli eventuali concrescimenti retro uterini vennero tolti o allentati. Quindi col mio ago armato, al disotto dell'uscita del legamento rotondo a ridosso dell'utero, venne perforato il legamento largo e fatto rientrare l'ago dall'altra parte alla stessa altezza nello stesso punto perforando dall' indietro all'avanti il legamento largo dal lato opposto; sti-

rando l'ansa che comprende il corpo uterino all'altezza dell'uscita del legamento rotondo, l'utero viene piegato in avanti e l'angolo che forma con la cervice si cruenta come nel metodo sopra esposto.

L'effetto è contemporaneamente ortopedico e chirurgico, l'utero viene fortemente inginocchiato in avanti, la parete posteriore nel punto di retroflessione diventata atrofica viene distesa e con ciò viene preparato il ripristino normale.

Nella superficie dell'angolo anteriore viene determinato un concrescimento col peritoneo e con ciò assicurata la posizione contro la recidiva.

La poca estensione di questo concrescimento che su per giù corrisponde all'orificio interno, assicura all'utero piena mobilità e può quindi l'organo sufficientemente distendersi. Si noti che un tale processo dà buoni risultati anche quando l'utero è fisso, solamente, perchè l'utero non venga a retroporsi per il raccorcio delle distese aderenze, non si devono togliere le anse di filo troppo presto.

***

L'autore accenna quindi a cinque casi operati in questa maniera, nei quali si avrebbe avuto guarigione completa persistente 4 a 6 mesi circa dopo l'atto operativo.

Ho voluto dare per intero l'articolo recentissimo dello Schücking poichè, in modo semplice e chiaro, riassume dal lato clinico gran parte dell'argomento. Non avendo - per me a ragion veduta - nessuna simpatia per le legature, e d'altra parte nessuna esperienza sui metodi descritti e da lui attuati, mi limito all'osservazione fatta in testa al suo scritto, specialmente per ciò che spetta alla circolazione dell'organo e dei dintorni, alla quale l'ansa costrittiva - nè può essere diverso - riesce indubbiamente dannosa.

Ed ora vengo senz'altro ad esporre brevemente le considerazioni che mi condussero a portare il mio contributo nel dibattito dell'arduo problema.

Nell' ideare un procedimento per la correzione dell'utero retroverso-flesso, senza sutura profonda di alcun genere, attuabile per la via vaginale, cercai di tradurre in atto il motto antico del *Ne quid nimis.*

Da anni mi vado persuadendo che le piccole lesioni del canale genitale e dei suoi dintorni, se riescono spesso insignificanti, possono assumere in certi soggetti un' importanza gra-

vissima, di fronte alla quale si trovano giustificati i più gravi soccorsi.

Nelle molteplici lesioni spontanee di parti difficili, che pur si compiono con le forze naturali, noi vediamo non di rado l'opera della natura medicatrice, la quale, colle cicatrici susseguite a strappi profondi, procura un riparo, un sostegno contro agli spostamenti e alla discesa degli organi pelvici e delle parti alte del canale genitale.

Ma se negli organismi sani, nelle riparazioni spontanee gli eventi sono quasi sempre favorevoli alle pazienti; negli organismi gravati da ereditarietà, maltrattati da croniche sofferenze della sfera genitale, ogni nuovo punto di stimolo può essere un'aggravante, sia questo relitto di forma morbosa o di soccorso chirurgico.

Raccolsi su tal proposito un grosso materiale diviso per categorie, di lesioni pelviche e genitali, cause di alterazioni locali e di irradiazioni flogistiche e nervose le più svariate.

Per venir razionalmente in aiuto delle numerose pazienti, ho da tempo modificati e in molti casi abbandonati i tamponi vaginali, quasi sempre cause di ristagno e non di rado di colture profonde nei sacchi ghiandolari; ho ridotto a detersioni esterne la profilassi del canale genitale, riservando le medicazioni e le irrigazioni, tanto diffuse e spesso mal praticate, ad indicazioni concrete; e con tale indirizzo ho visto diminuirsi la frequenza e l'intensità delle numerose forme flogistiche e nevralgiche della sfera genitale.

Allo stesso indirizzo circoscrittivo ho improntati gli interventi diretti per la via vaginale, limitando sempre a dei soli punti cardinali gli affrontamenti dei tessuti divisi e lasciando alla natura il còmpito della riparazione.

Con tutto il mio buon volere, mentre nella terapia generale ginecologica mi compiacqui di aver fatto giustizia sommaria di una quantità di trattamenti locali, atti, più che ad altro, a mantenere in onore delle consuetudini riconosciute dannose, non ero riuscito a procurarmi un concetto di terapia chirurgica soddisfacente nel trattamento degli spostamenti dell'utero. Ero andato mano mano raccogliendo gli elementi fondamentali che mi conducessero ad un giudizio pesato caso per caso. Ma se di

fronte ai prolassi più o meno completi, alle alterazioni pelviche profonde e degli annessi, mi decidevo prontamente al soccorso, includendovi la correzione topografica più indicata, per quanto le condizioni lo permettevano, rimanevo indeciso di fronte agli spostamenti semplici, mobili, quasi senza note grossolane anatomo-patologiche. Simili spostamenti, non di rado innocenti, possono però imporsi o per la gravità della sintomatologia o per desiderio di prole; e reclamare un provvedimento allora quando tonici, protesi, elettroterapia, ginnastica, ecc., ecc., fossero rimasti senza effetto. In alcuni casi - sebbene molti anni addietro chiamassi il pessario uterino un'offesa alla dignità della donna, come il cinto per l'uomo - tentai l'applicazione di ben adatto pessario in narcosi, prendendo a pretesto la necessità di un'esame; la paziente non appena sveglia mi fece persuaso della inutilità del tentativo.

Io ritengo inoltre che il quadro clinico degli spostamenti, ad onta dei grandi progressi fatti, non sia punto completo. Agli spostamenti semplici persistenti dell'utero, dovuti alle cause più svariate, dobbiamo aggiungere un'altra forma che ebbi agio di studiare in due casi e per la quale più ancora mi ripugnò il pensare ad un grave intervento.

Nell'88, nella prelezione sopra gli spostamenti e le deformazioni dell'utero, a pag. 45 descrivevo una retroflessione nelle impuberi, dovuta alla ripetuta iperdenesi della vescica, forma che non deve esser confusa con le congenite ed il cui momento etiologico di difficile controllo, non ha ancora trovato il suo posto nei trattati di ginecologia.

A questa forma di retroflessioni da causa meccanica, la quale le determina nel primo decennio di vita, legata alle irrazionali discipline scolastiche, almeno per quei casi da me studiati, che può reclamare il nostro soccorso, perchè facile causa di sterilità, ne debbo aggiungere un'altra di origine nervosa mio-paralitica.

Ebbi occasione di assistere due pazienti che mi presentarono due classici esemplari del genere.

Sono le forme che dànno luogo a contestazioni fra colleghi non sempre benevole.

Tolgo dalle storie delle mie malate il puro necessario.

In due mesi di osservazione, ambedue le pazienti, l'una per 10, l'altra per 14 volte, mi presentarono la retroflessione della matrice mobile riducibile, che avveniva istantaneamente per qualsiasi emozione, compresa quella determinata dai primi esami ginecologici, e s'accompagnava ad una sintomatologia desolante. L'una era zitella, l'altra in connubio sterile.

All'esame bimanuale nulla si rilevava a carico della pelvi e ambedue gli uteri si raddrizzavano con tutta facilità.

Le pazienti vennero sottoposte dapprima a semplici prescrizioni igieniche. A periodi di completo benessere, succedevano improvvisamente periodi di sofferenze vescicali, di irradiazioni nervose locali e lontane, accompagnate da secrezioni utero-vaginali abbondanti. In una ricorrenza le mestruazioni erano regolarissime, senza dolore di sorta, altre volte si facevano quasi menorragiche, e, quel che è più, dolorosissime.

In ambedue praticai successivamente il graduale sondaggio. Quella coniugata, dopo due mesi di cura aveva il suo utero non più retroflesso e si mantenne in posizione normale; il suo benessere da anni non è più turbato, contenta di non aver voluto l'isteropessia addominale che le avevano ripetutamente proposta. Per l'altra la sorte fu meno clemente; la sintomatologia della retroflessione si fece sempre meno intermittente e così insistente da esser costretti di passare al soccorso diretto di cui dirò in altro luogo. Ad ogni sondaggio la partita pareva vinta, ma poco dopo, mentre si sentiva bene, alla più leggera emozione si modificavano le condizioni del suo ventre, di maniera che lo stimolo del mingere si faceva importuno, vi si associava abbondante leucorrea con senso di tensione, soffocamento, ecc. All'esame si constatava tosto la retroflessione, la quale veniva, seduta stante, ridotta con pieno sollievo del soggetto; benessere che durava per un tempo più o meno lungo, sempre a discrezione della *prima causa morale.*

In ambedue questi casi vennero tentate tutte le protesi, ma senza risultato; dopo un'ora al più tardi, malgrado tutte le cautele, si dovevano togliere.

Come dobbiamo noi correggere una condizione di spostamento con note anatomo-patologiche di poco conto, non facendo correre rischio e danno alcuno, vicino e lontano a simili pazienti?

Possiamo noi coscenziosamente ritenere una laparatomia, sia pure eseguita con tutte le norme, imprendimento proporzionato alla condizione anatomo-patologica descritta?

Le isteropessie addominali possono soddisfare ai desiderati che si propone il curante in tali fattispecie?

Giorni sono esaminai una paziente operata un anno prima dal chiarissimo chirurgo di Sinalunga di isteropessia addominale con pronto e perfetto risultato chirurgico. Stette bene per poche settimane ed ora ha sofferenze per le quali reclama in tutti i modi un soccorso.

Queste domande me le ripetevo ogni volta che mi incontravo in casi di spostamento del genere descritto, nei quali per la inefficacia delle altre cure si doveva pur provvedere con altri mezzi.

Facendo tesoro di tutto il corredo embrio-anatomico degli organi e della fisiologia loro, pensando ad un istrumento del povero prof. Loreta, ideato per le pareti del ventre, cercai una applicazione analoga, rispondente allo scopo.

Svincolare l'utero dalla vescica, correggerne i rapporti anormali, la deviazione di sede e di forma e trattenerlo senza pressioni sulla larga superficie paravaginale-fornicale anteriore con una grossa serrefine, fu la nuova via che tentai in un soggetto giovane, ma cardiopatico per insufficienza mitrale, col quale *battagliavo* da mesi con tutte le forme di protesi mal tollerate, mentre il prolasso utero-vaginale si accentuava sempre più.

Io pensai che, una volta ottenuto, senza relitti profondi, la correzione dei rapporti anormali dati dallo spostamento uterino, venivano rimosse le cause di stasi e di disfunzionalità degli organi, e il meccanismo muscolare poteva ripristinarsi per conto suo.

Successivamente trovai opportuno che l'ortopedia chirurgica fosse in primo tempo coadiuvata da un pessario.

***

Prima di passare alla descrizione dell' intervento in parola e alla esposizione dei casi clinici, raccolti con tutto il dettaglio perchè ognuno ne possa serenamente giudicare, premetto

che *questo processo di fissazione può - almeno così mi risulta - bastare per conto suo allo scopo per cui fu ideato; come può allinearsi buon alleato dei molti altri che fossero reclamati dalle condizioni peculiari dei fattispecie.*

Anche quando per le ragioni che svolgeremo, questo modo di correzione fallisse, noi, non solo non ne avremmo danno alcuno, ma il distacco ottenuto e quanto si fosse fatto per questa via, verrebbe utilizzato come una parte di qualsiasi altro imprendimento.

Faccio seguire un esempio doppiamente importante, perchè vi si univa una condizione del corpo uterino tutta speciale, dovuta al contegno di una massa fibroide causa dello spostamento.

Storia Clinica n. 210. — 4 settembre 1899. — F. B., di anni 50, da Roma.

Senza precedenze ereditarie; mestruata a 14 anni, sempre regolari per tempo, ma abbondanti; da un anno però si erano fatte scarse e dolorose; mancano da tre mesi; sposa a 38 anni, nessuna concezione; a 27 anni soffrì di forma addomino-pelvica che venne diagnosticata e curata per annessite.

Si lagna di aver avuto leggere perdite irregolari di sangue, dolori ai quadranti superiori del ventre da oltre un anno, meteorismo transitorio, sensibilità addominale generale, proteiforme sintomatologia riflessa.

L'esame si pratica dalla via rettale non essendo tollerato per *vaginam*, ristretta da cercini involutivi. Nei ripetuti esami si ebbero reperti differentissimi dovuti ad elementi meccanici e funzionali, quali il sovrariempimento del retto, imbrigliamenti, contrazioni spastiche della malata oltre ogni dire intollerante.

L'ultimo esame lasciò l'impressione che l'utero grosso, antiflesso, mobile, formasse un tutt'uno con un tumore, in qualche punto elastico, che assecondando i movimenti dell'utero, traesse con sè la parete sottostante dell'intestino a traverso la quale si faceva l'esame.

10 settembre 1899. — Cloroformonarcosi; praticata la divulsione manuale dei cercini vaginali, valendosi delle due vie (retto e vagina) per dominare il fondo pelvico si riesce a svincolare

una massa del volume di un piccolo arancio, indovata a sinistra nello scavo pelvico e a portarla in contatto delle pareti addominali. Per le condizioni ammalorate della paziente e per poter poi apprezzare i vantaggi ottenuti dalla divulsione si sospende l'atto operativo.

24 sett. 1899. — Migliorate le condizioni generali, mantenendosi libero il tumore, in narcosi cloroformica, si pratica la laparatomia mediana e si costata trattarsi di produzioni miofibromatose multiple a carico dell'utero. Tenuto conto delle condizioni generali, si limita l'intervento ad una ventro-fissazione in seta della piccola massa neoplastica comprendendola nella sutura ad un piano destinata a chiudere la ferita laparatomica.

Il decorso successivo, superato un primo periodo di peritonismo accompagnatosi ad insistente vomito cloroformico, fu felicissimo; la ferita guarì di prima intenzione.

L'esame del 27 ottobre 1899 riscontrò completamente libero il fornice posteriore; il tumore non occupa più la pelvi; l'utero è perfettamente sospeso sulla linea mediana e lo si può dire ridotto di volume; della divulsione vaginale non rimane più traccia.

La malata fruisce di completo benessere.

E perfino, sulla scorta di un esemplare che figura come ultima sulle storie presentate, posso fin d'ora affermare che la pinza trova la sua applicazione anche dopo un raddrizzamento fattosi con altro procedimento; cosicchè il nuovo metodo di fissazione rese completa l'opera iniziatasi con buon successo per altra via un anno avanti e che per ragioni inerenti al genere di isteropessia, per quanto magistralmente eseguita, aveva dato luogo ad altre sofferenze per le quali fu urgente il soccorso.

***

La pinza fissatrice e tutto il procedimento subirono da un anno a questa parte delle modificazioni di lima, che se nulla tolgono al concetto primo, lo resero più semplice, più largo e lo corressero interamente per quanto riguarda il periodo di permanenza dell'istrumento e la sua rimozione. Non si tratta

di un *istero-colpo-forcipressura*, come a qualcuno piacque di chiamarla, perchè il vantaggio del metodo sta appunto nell'esclusione di qualsiasi vera pressione permanente, dannosa alla circolazione della parte compressa.

Si potrebbbe al più dirlo di *forciprensura*, poichè l'anello della pinza nel suo segmento trattiene la parete anteriore dell'utero a ridosso dei due margini dell'incisione fornico-vaginale. Le suture profonde, che hanno duopo di larga presa, segmentano la circolazione e determinano nodi di adesione, che fra gli altri inconvenienti che presentano, sono destinati dopo breve tempo a sparire. Col mio istrumento che tiene l'utero addossato per cospicua estensione, l'adesione ha tutti i vantaggi delle adesioni spontanee la cui durata, come scrive il Kleinwechter a pag. 4 della sua monografia, parlando dell'operazione dell'Alexander modificata dal Martin, deve essere più sicura appunto perciò chè è indipendente da legature.

***

Nella prima parte abbiamo veduto quali sieno gli elementi anatomici che dobbiamo aver presenti nello studio delle topografie e statica degli organi pelvici.

1. Apparecchi mio legamentosi e le fasce aponeovrotiche, dal diafragma al fondo pelvico.

2. Le pieghe di rivestimento sieroso che formano gli sfondati.

3. La circolazione come coefficiente eretistico funzionale per eccellenza.

4. Le influenze proprie e reciproche di funzione degli organi cavi, sia col loro transitorio riempirsi e vuotarsi sia con le loro irregolarità.

Comunque sieno compromessi questi elementi, l'applicazione della pinza fissatrice mantiene sempre tutti i suoi vantaggi. Infatti nei casi semplicissimi, fatta l'incisione fornico-vaginale e la dissecazione anteriore, raggiunto lo sfondato anteriore, lo si ricaccia in alto senza aprirlo, si applica l'istrumento che si coadiuva con un pessario modellabile al caso; e tutto è compiuto.

Nei casi di compromissione pelvica, di forme uterine prima-

rie, di alterazioni degli annessi, di allentamento degli sfondati, di aderenze cospicue, di prolasso vaginale anteriore-posteriore con rettocele, cistocele, ecc., praticato quanto da tali condizioni uterine è richiesto, la colpectomia, la colporafia, aperti gli sfondati anteriori e posteriori, ridotti, asportati analogamente a quanto si pratica coi sacchi erniarii, tolte le aderenze e perfino gli annessi malati, qualora sia del caso e le condizioni di spazio lo permettano, la fissazione dell'organo alla fine potrà essere affidata alla pinza che farà la parte sua come nei casi più semplici.

Perchè, lasciando per un momento da parte che con esso si evitano gli inconvenienti delle suture profonde, trovo che un tal metodo di fissazione è il più razionale?...

Perchè il distacco soprafornicale della cervice uterina dalla vescica è basato sopra l'evoluzione fisiologica dei rapporti fra questi due organi. Largo sarebbe il contributo dimostrativo clinico su questo proposito, ma quasi sempre senza il controllo diretto.

Riassumo un caso di prolasso totale dell'utero di grandezza e forma normale con svincolamento completo della vescica dalla porzione sopravaginale, da me operata cinque anni fa di isterectomia, così che il reperto dell'esame ginecologico potè essere direttamente controllato.

Storia Clinica n. 96. — 9 marzo 1896, 10 aprile 1896. — B. A., di anni 48, da Bordeaux.

Gentilizio immune. Senza precedenze morbose. Uno sgravo a termine e laborioso 8 anni fa. Nessun aborto. Fa risalire l'origine delle sue sofferenze all'epoca dello sgravo. Le sofferenze di cui si lagna sono in parte meccaniche: senso di peso ai genitali e di stiramento addominale per la presenza di un tumore da prolasso che andò mano mano aumentando di volume; ed in parte di natura riflessa: stato generale di eretismo nervoso specie nei periodi mestruali, i quali sono da qualche tempo irregolari; ha vertigini, cefalalgie e un acuto dolore epigastrico.

All'esame si riscontrano ottime le condizioni generali; l'esame ginecologico dà: Genitali esterni sfiancati con assottigliamento

dei tessuti. Vagina totalmente invertita. Nel cul di sacco da essa formato si palpa l'utero retroflesso ed i cordoni laterali legamentosi. *Cistocele cospicuo che può essere facilmente ed intieramente ridotto ricacciando in su la vescica che risulta svincolata completamente dai suoi rapporti coll'utero e che risale dando al dito riduttore la sensazione netta della sua doppia parete.* L'utero completamente prolassato è duro, metritico. Non si apprezzano lesioni annessiali.

L'esame uroscopico frequentemente ripetuto non rileva nessuna anormalità nella composizione dell'urina.

Posta la diagnosi di: Prolasso completo dell'utero con svincolo totale della vescica dalla cervice uterina, è deciso l'intervento; si passa alla demolizione dell'organo. La divisione dei tessuti afferrati fra le branche di una pinza da emorroidi viene fatta col coltello del Paquelin; mentre la vescica del tutto indipendente è mantenuta in alto col mezzo di un grosso Beniquet. Sutura della sierosa in catgut, riposizione del moncone di vagina e tamponamento.

Il decorso successivo fu favorevole, quantunque la eliminazione delle escare da prima e la riparazione successiva richiedessero un certo tempo e ripetute medicazioni e si dovesse pure provvedere alle condizioni di stipsi ostinata da cui la malata era travagliata.

L'utero asportato e sottoposto ad esame istologico presentava le note della cronica metrite. La parte sopra-fornicale della cervice non presentava al disotto della sierosa traccie della connessione vescicale.

Trovo un tal metodo di fissazione da preferirsi: perchè dalla via vaginale nel più dei casi si domina la pelvi per tutte le indagini e procedimenti necessari non solo, ma è la via più sicura per la vita delle pazienti. Un tal genere di fissazione mantiene il suo valore anche nei casi nei quali per compromissione pelvico-addominale si reclamasse l'intervento laparatomico. Se il volume dell'organo, o antagonismi esagerati, o qualsiasi altra ragione, neutralizzassero il beneficio dell'ottenuto raddrizzamento, lo si può ripetere allargando il programma del

da farsi, tanto il processo è per sè stesso semplice, logico, inoffensivo.

Questo mezzo di fissazione non si presenta come un procedimento che debba sostituirsi agli altri, comunque essi sieno. Esso, come ripeto, trova il suo posto in buona alleanza con tutti gl' imprendimenti chirurgici richiesti dalla patologia degli organi pelvici, ogni qualvolta in essi vi sia anche l' indicazione di mantenere l'utero nella sua antiflessione fisiologica col minor danno possibile e con la probabilità maggiore di successo.

Dove è ben tollerato un pessario, solo dietro domanda esplicita delle pazienti insofferenti di tal protesi, noi proporremo un tal processo di fissazione che può valerlo e sostituirlo, senza stridente contrasto fra la portata del mezzo ed il fine.

Nei casi dove il pessario non è tollerato - e sono quelli che mi hanno a poco a poco condotto per questa via - la isteropessia con la pinza, se non basterà per sè, renderà tollerabile il mezzo ortopedico che, come vedremo, è il miglior suo alleato immediato e può rimanere ed essere rimosso dopo qualche tempo a seconda del risultato finale delle adesioni ottenute.

Qualche volta è il peso dell'organo che contrasta al successo; ma ognuno sa che un utero raddrizzato rapidamente si sgorga, si riduce; inoltre vi si può provvedere nell'atto operativo istesso facendo precedere all' isteropessia un trattamento corrispondente al desiderato rimpicciolimento.

***

Da tutto l'esposto risulta chiaramente il compito affidato alla mia pinza fissatrice. Il compito di mantenere l'utero con la sua faccia anteriore a ridosso della cupola fornicale, appropriatamente disseccata; e ciò senza compressioni di sorta, per il tempo sufficiente allo stabilirsi di adesioni non influenzate sfavorevolmente da legature profonde.

Durante questo primo periodo di tempo l'ufficio della forciprensura è coadiuvato da un adatto anello modellato opportunamente al momento.

Avendo enumerati tutti i coefficienti della statica degli or-

gani pelvici, troveranno posto le indicazioni relative per la correzione di quelli compromessi e resterà la fissazione dell'utero alla cupola fornicale, svincolato dai suoi rapporti con la vescica, affidata alla pinza, siccome quella che trattiene e non stringe, che non può essere incolpata come veicolo infettivo. Il piccolo istrumento con le ultime modificazioni subite non presenta nessuna difficoltà quando deve esser rimosso. La rimozione nei miei casi avvenne fra il 3° e l' 8° giorno e fui più che soddisfatto del risultato ottenuto.

***

Descrizione dello istrumento. — La pinza fissatrice era dapprima tutta di un sol pezzo; le branche di presa semicircolari erano mantenute sullo stesso piano da ciò che una delle branche incrociava l'altra attraverso ad una fenestra posta alla base della sua gemella.

L'esperienza mi portò a render le branche dissociabili con una pseudo-articolazione a forcipe e vite di pressione. Con tal modifica non fu ancora raggiunta l'ideata facilità della sua rimozione, poichè, in un caso in cui presi la pinza con la vite di pressione all'inversa del solito, le due branche al momento di levarle mi si impegnarono nella finestra, ledendomi le dita e la superficie vaginale della paziente. In allora tolsi una delle spranghette della finestra che venne così a trasformarsi in incisura; e sul terzo estremo delle braccia, quindi molto al disotto del punto di incrocio, applicai la traversa a sfioro, come si ha nelle pinzette anatomiche; così che a pinza chiusa la molla mantiene il piano delle due branche; e aperta, il bastoncino viene a sporgere da un lato impedendo qualsiasi deviazione.

***

Tecnica operatoria. — Nei casi semplici di utero piccolo, mobile, a vescica poco o punto intimamente connessa alla porzione sopravaginale della cervice, la quale a sua volta non sia molto allungata, basta l' incisione mediana a tutto spessore per un tratto da quattro a sei centimetri dal margine della *portio*

a tutta la volta fornicale e più in giù. Un punto di ritrovo per i maneggi di disseccazione è dato dall'ispessimento sottovescicale, che si palpa quasi sempre attraverso la parete della vagina, dovuto al cosidetto legamento inter-ureterico.

Questo tratto che ha note anatomiche abbastanza precise, per sede, normalmente non è però un punto fisso ; e meno quindi lo è se le parti subirono delle modificazioni più o meno accentuate. Esso serve nel piccolo imprendimento di guida e di *memento* contro gli strappi od incisioni poco prudenti. Accidenti sgradevoli possono accadere anche ai provetti, quando un certo grado di raggrinzamento dei tessuti pelvici si oppone alla trazione in basso dell'utero e poco giovano al loro ufficio le spate laterali.

A condizioni favorevoli si arriva presto alla sierosa, che si ricaccia quanto è possibile in alto, per modo che il fondo dell'utero raddrizzato si trovi portato con la sua faccia anteriore a ridosso dell'angolo superiore dell' incisione. Un *beniquet* con curva adatta, finchè si applica la pinza, ve lo trattiene.

Non si possono dar criteri precisi nei riguardi della parete vescicale che è la prima che si dissecca dopo la fatta incisione ; l'operatore può esser tranquillo quando, attraverso la fatta incisione ha potuto allontanare tutti gli strati paravaginali e paravescicali che offrono qualche volta spesse briglie e resistenze inaspettate, e si trova a ridosso della robusta parete cervicale, facile a riconoscersi per la compattezza della sua tessitura.

Posto mente al legamento inter-ureterico che si scosta ordinariamente nella dissecazione, dal quale la presa della pinza fissatrice deve tenersi piuttosto lontana ; assicuratisi col catetere della integrità della vescica, il cui pericolo di esser ferita o lesa non è, almeno per l'esperienza mia, punto facile ; trattato il canale uterino a seconda dei casi come meglio si crede, dal semplice sondaggio agli sbrigliamenti sull'angolo di flessione, alla sua ripulitura e al suo zaffamento, si viene all'applicazione della pinza.

Tutto ciò è più presto fatto che scritto. Di vasi cospicui non è da farsi parola. Nell' incisione e disseccazione ordinariamente si incontra nel tessuto paravaginale una arteriola che sprizza abbastanza bene, per la quale basta la torsione. La pinza

si prende in mano aperta e con una delle branche, col suo semicerchio, si trafigge, qualche centimetro al di sopra dell'angolo di flessione, circa all'altezza dell'equatore del corpo uterino, a tutto spessore, la parete vaginale, lo spessore della parete anteriore dell'utero e l'altro margine della incisione vaginale. Ciò fatto si abbandona la pinza che si chiude e la si riporta col suo asse sulla linea mediana. Se per il peso dell'organo o per lo stiramento dei tessuti, a cui però si dovrebbe aver prima badato, non si credesse sufficiente la presa, si puo farne una seconda lasciando in sito ambedue gli strumenti.

Qualche punto superficiale di seta sottile, a punti staccati, recisi a capo lungo per la loro facile rimozione, avvicina i bordi dell' incisione fornicale ; si applica un'anello di Schultze ben modellato, si zaffa la vagina con garza jodoformica, per l'azione benefica che il preparato esercita sull'apparecchio genitale, e l'operazione è finita.

La pinza deve essere padrona del corpo uterino che trattiene ; possibilmente non deve averne attraversata la cavità ; nel caso però che ciò succedesse il male è molto relativo perchè si tratta di un'anello metallico, perchè è istrumento contentivo, più che compressivo. Se l'utero sarà stato zaffato e lo zaffo resta preso dall'anello della pinza, si possono levare entrambi, pinza e zaffo, in terza giornata.

Se i tessuti sui quali si incide sono molto assottigliati, le trazioni e disseccazioni malagevoli, allora alla incisione mediana se ne possono associare due trasversali in secondo tempo a ridosso della portio. La disseccazione alla superficie della parete anteriore dell'utero deve essere molto estesa per preparare un'adesione corrispondente che coroni col successo la correzione dell'organo. Il pessario lo si lascia in sito a piacere ed è tollerato benissimo da quelle pazienti che prima non lo sopportavano affatto.

Quello che importa rilevare di tutta questa descrizione, più che lunga di fronte alla semplicità del soggetto, si è che con questo istrumento senza pressioni e senza segmentazioni di strati si tengono a contatto intimo due estese superfici che finiscono

necessariamente con l'aderire correggendo la deformità e lo spostamento dell'organo preso di mira. E termino ripetendo che l'associazione della fissazione con la pinza ad altro imprendimento chirurgico sugli sfondati, sulle briglie, sui mio-legamenti posteriori, nonchè sui legamenti rotondi, sugli annessi, non ne modifica punto nè il valore, nè la tecnica, per cui spererei che potesse prendere onorevole posto fra le applicazioni semplici, facili ed efficaci.

SETTE STORIE CLINICHE

DI

ISTEROPESSIE VAGINALI CON LA PINZA FISSATRICE

I.

E. D. A., di anni 26, da Contigliano, maritata da 2 anni.

Entrata il 1° febbraio 1900; operata il 4 febbraio 1900; licenziata il 12 febbraio 1900.

Nulla nel gentilizio.

A 13 anni soffrì di dolori artritici che si ripeterono a circa 17 anni; da bambina ebbe il morbillo. Della forma poliarticolare residuò un' insufficienza mitrale ben compensata.

La prima mestruazione a 18 anni, sempre regolari, l'ultima il 26 gennaio scorso.

Un parto laborioso il 22 settembre 1899, nel quale ebbe bisogno di soccorso per l'estrazione della placenta.

Nell'ottobre ha sofferto di nefrite; attualmente avverte una sporgenza in vagina della grossezza di un uovo, disturbo nella deambulazione, perdita giallognola. Non può assolutamente tollerare protesi alcuna. Vennero successivamente provati con insuccesso tutti gli anelli modellabili, ma non restarono in sito che poche ore.

I tentativi terapeutici durarono parecchi mesi. Costituzione floscia.

Ad onta delle condizioni del cuore e dei reni l'aspetto della paziente è florido.

Diagnosi. — Retroversio-flexio probabilmente libera con rilasciamento del fondo pelvico; prolasso utero-vaginale con cistocele e rettocele iniziale in soggetto affetto da insufficienza mitrale da reumatismo poliarticolare pregresso e nefrite gravidica.

Atto operativo. — Il 4 febbraio 1900, ore 10, presenti dottori Koch, Veronese e Pirolli, previa accurata antisepsi, si procede all'operazione.

Con l'esame bimanuale, si ottenne a fatica il raddrizzamento

dell'utero caduto interamente nello sfondato posteriore. Metrometria interna cm. 10.

La indaginosa riduzione è dovuta a concrescimenti sierosi metro-pelvici di poca entità.

Abbassato l'utero, abrasa la mucosa enormemente ipertrofica, venne fatta la medicazione endouterina; quindi s' incise sulla linea mediana, nel senso longitudinale, la vagina a tutto spessore per circa 3 cm. partendo dallo estremo lembo fornicale risalendo verso l'avanti. Messa a nudo la piega vescicale, questa venne ricacciata in alto e si spinse la preparazione fino al limite sieroso dello sfondato anteriore che non venne aperto, ma solo alquanto stirato e spinto all' insù.

A questo punto, mantenendo con cura slabbrata la ferita, si applicò la serrefine di fissazione e l' applicazione riuscì perfettamente.

A punti intercisi si suturò la ferita sulla linea longitudinale, si applicò un tampone di garza al sublimato in vagina e si chiuse con medicatura asciutta. La durata dell'operazione fu di 15 minuti.

Decorso. — 6 febbraio 1900. - Vengono tolti i tamponi lasciando ancora la serrefine a posto.

All'esame si riconosce che l'utero si mantiene perfettamente ridotto e in posizione normale.

La malata orina spontaneamente, però si lagna di un dolore che accompagna la minzione, localizzandosi alla regione sopra-pubica, e che dura breve tempo anche dopo l'orinazione.

La temperatura è normale (37,2).

8 febbraio 1900. — La urinazione è più facile ed al mattino pochissimo dolorosa.

Alle ore 10 rinnovasi la medicazione constatando le ottime condizioni locali. Si toglie un punto di sutura: medicazione con garza al sublimato.

Nel pomeriggio si lagna che la urinazione è più dolorosa, alla sera temperatura 37,6 e dolori ipogastrici e diffusi al resto del ventre.

Enteroclismi coi quali si determina l'uscita di qualche scibala, al mattino nuovo lavaggio intestinale seguìto da generosa scarica solida.

La notte trascorse tranquilla, la temperatura normale 36,7.

9 e 10 febbraio 1900. — Condizioni generali buone; la malata si lagna solo di qualche dolore all'atto del mingere, tendenza alla stipsi.

11 febbraio 1900. — Al mattino, ore 10. Previa accurata disinfezione si provvede alla rimozione della medicatura la quale tramanda cattivo odore di tessuto mortificato.

Irrigata generosamente la vagina con soluzione di sublimato, applicate le valve, si toglie la pinzetta di fissazione.

La sua rimozione riesce stringendola fra i morsi di una robusta pinza da medicazione; è facile così disimpegnarne le punte dai tessuti.

Possiamo constatare che in questo primo caso l'istrumento ha determinato la mortificazione di parte del tessuto spettante al tessuto paracistico e para-cervicale.

Coll'esame bimanuale si controlla che l'utero è in posizione normale, senza flessione e solo un poco reclinato a destra.

Medicazione asciutta con garza all'iodoformio applicata in modo che il tampone agisca da pessario e sostenga l'utero nella sna posizione; alla ammalata viene caldamente raccomandato il decubito laterale.

Nel pomeriggio vi fu lieve elevazione termica (37,7) che cede nella serata stessa.

11 febbraio 1900. — Al mattino la temperatura è normale 37,6 e la malata dice di sentirsi bene.

18 febbraio 1900. — Traccie di sangue.

19 febbraio 1900. — Dette traccie sono più evidenti, utero in posizione normale.

Licenziata con prescrizione di presentarsi ambulantemente alla medicazione.

16 marzo 1900. — Lo stato di trofismo deficiente dei muscoli del piano pelvico concedono esagerata mobilità all'organo. Medicazioni locali toniche.

17 marzo 1900. — Applicazione di un pessario di Schultze *che viene bene tollerato fin dal primo momento della sua applicazione.*

Mestrua regolarmente per 6 a 7 giorni.

24 marzo 1900. — Il pessario è sostituito con uno di gomma

indurita. Condizioni locali ottime e tolleranza completa della protesi.

26 marzo 1900. — Venne tolto un filo superficiale sulla faccia anteriore della porzione cervicale.

30 aprile 1900. — Statica perfetta. Il pessario non è, si può dire, avvertito. Le condizioni del tubo genitale si sono migliorate così che la tonicità del canale è fisiologica.

3 giugno 1901. — Venne tolto il pessario. Condizioni locali e generali ottime; solo si nota una ipertrofia enorme del tessuto papillare di tutta la zona occupata dal pessario; qua e là superficiali esulcerazioni che dànno separazione abbondante mucopurulenta. La paziente approfitta della buona occasione fornitagli dalla sua padrona di far la cura di Salso. L'utero è reclinato a sinistra, misura sei centimetri.

N. B. - Questa isteropessia venne fatta con la pinza del primo modello. Le condizioni generali e locali della paziente rivista in questi giorni, luglio 1901, sono eccellenti.

II.

O. G., di anni 39, da Cagnano (Aquila), maritata da 20 anni.

Entrata il 24 novembre 1900; operata il 29 novembre 1900; licenziata il 15 dicembre 1900.

Non ricorda malattie dell' infanzia, i genitori sono morti ambedue, ma la paziente non ne ricorda la malattia.

La paziente ebbe la prima mestruazione a 15 anni, dapprima con sospensioni, sempre scarse, poi scarsissime; ultima 4 novembre 1900.

Nessuna concezione.

Presentemente accusa dolori diffusi al ventre, alle regioni ed interscapolari. Talora vomito, cefalee e vertigini.

Costituzione robusta e abito nervoso, soffre di catarro bronchiale diffuso ed è molto ammalorata nel generale.

L'utero tozzo a retroversione completa. Il fondo, che sembra mobile, appoggia sull' intestino e non può essere ridotto o per briglie relativamente basse, o per estrema sensibilità dell'am-

malata. Con l'esame in narcosi risulta che ci troviamo di fronte ad un accorciamento cospicuo della parte posteriore del legamento largo di destra, come pure i due legamenti sacro-uterini e dei fasci irregolari che agiscono sfavorevolmente sulla statica dell'organo determinano un leggero grado d'incarceramento del fondo il quale trovasi proprio al disotto della punta del sacro in un piano inferiore a quello dei suoi legamenti posteriori che lo costringono ai lati.

Risulta adunque che in questa donna abbiamo già un avanzato raggrinzamento del connettivo del sottosieroso pelvico con nota prevalente a destra.

Diagnosi. — Retroversione completa dell'utero con fondo leggermente incarcerato fra i legamenti posteriori e raggrinzamento progressivo connettivale del fondo pelvico.

Di fronte alla sintomatologia isteropatica locale e a distanza presentata dalla paziente, si propone di provvedere al raddrizzamento ed alla fissazione dell'organo per la via vaginale.

Operazione. — Operatore prof. Marocco. Cloroformizzatore dottor Renzi. Assistenti dottori Veronese e Toscano.

Disinfezione della vagina e genitali esterni.

Precisata nella narcosi la posizione dell'utero, si constatò la retrazione dei legamenti larghi prevalentemente a destra, con manovra manuale l'utero venne ridotto.

Fissazione ed abbassamento, sondaggio e dilatazione previa metrotomia.

Incisione a T della vôlta fornicale anteriore e preparazione per la fissazione della pinza che venne ostacolata dall'insufficienza dell'istrumento e dalla durezza del tessuto, per cui venne in aggiunta applicato un punto in seta di fissazione, comprendendo con la seta la parete vaginale e la parete anteriore dell'utero. Ripulitura dell'endometrio e zaffamento con garza al cloruro di zinco; zaffo con due lunghette di garza nella vagina.

Il 1° dicembre 1900, alle 10 di mattina, vengono tolti gli zaffi vaginali e contemporaneamente quello uterino previo lavaggio disinfettante. Venne tolta anche la pinza.

Decorso. — 29 novembre 1900. - Vomito leggero.

L'ammalata si risveglia relativamente bene. Sente molto freddo alle estremità inferiori e un senso di bruciore all'ad-

dome. Vengono applicate le vesciche da ghiaccio.

1° dicembre 1900. — Il connettivo paravaginale in corrispondenza dell' incisione fatta per la infezione comune avvenuta sui fili di sutura e per la distrazione subìta dai tessuti, si cangrenò e venne asportato il cencio necrotico. Venne lavata la parte e medicata con lunghetta asciutta di garza al jodoformio.

10 dicembre 1900. — Lavanda e zaffamento con garza iodoformica.

11 dicembre 1900. — Tolta un'ansa. Lavanda e zaffamento con garza iodoformica.

15 dicembre 1900. — Viene licenziata. Durante tutta la sua degenza in clinica la temperatura si è mantenuta in media 36,2-36,4.

11 marzo 1901. — Si presenta all'ambulatorio. L'esame uroscopico nulla di anormale, ebbe l'ultima mestruazione il 25 gennaio 1901 : utero perfettamente a posto.

26 marzo 1901. — Retroposizione dell'utero raddrizzato. Ciò vuol dire che la isteropessia a mezzo della pinza ha raggiunto per metà il suo còmpito, di una retroversio-flexio ne ha fatto retroposizione.

27 marzo 1901. — L'ultima ricorrenza fu regolare e scevra di turbe. Giova ricordare che mancano le mestruazioni dal 25 gennaio 1901.

31 maggio 1901. — Persiste la mancanza di mestruazione che tutto fa addebitare a menopausa. L'utero rimpicciolito si palpa agevolmente indolente ed il dilatatore uterino non arreca nessuna molestia. Le condizioni generali si sono fatte floridissime.

N. B. - Anche in questa paziente venne usata la pinza di un sol pezzo. La paziente rivista oggi, 15 luglio 1901, è floridissima e il suo utero piccolo e leggermente antiflesso è adagiato all' indietro.

III.

M. C., di anni 32, da Roma, donna di casa, maritata da 8 anni.

Entrata il 26 novembre 1900; operata il 29 novembre 1900; licenziata il 17 dicembre 1900.

Mestruata a 14 anni, le mestruazioni si mantennero sempre regolari. L'ultima il 9 novembre 1900.

Nessuna concezione e nulla dal lato ereditario.

Da circa 7 anni soffre di dolori acutissimi alla regione ovarica di destra e di sinistra, ma da cinque mesi i dolori dei quadranti inferiori del ventre si sono resi terribilmente molesti e si diffondono a gran parte dell'addome.

La costituzione è sana e robusta; tendenza alla polisarcia.

Legamenti uterini alquanto rilasciati.

Diagnosi. — Retroversio-flectio di vecchia data dell'utero libero, con fenomeni nervosi riflessi a distanza e con nota menorragica. Fenomeni ovarici gravi.

La paziente soffrì per molti anni di disturbi alla gola, continuarono le menorragie; tanto peggiorarono le condizioni dell'ammalata già compromessa dalla nota polisarcica che si propose il trattamento endouterino e la riduzione per la via vaginale dell'organo in retroflessione.

Atto operativo. — Cloroformizzatore dott. Renzi. Assistenti dottori Veronese e Toscano.

Disinfettata la vagina ed i genitali esterni, fissato ed abbassato l'utero e sondatolo, fu fatta sul fornice una incisione longitudinale lunga 5 cm. Nel preparare la parte anteriore, per la difficoltà della manovra furono eseguiti due sbrigliamenti laterali, e quindi si passò all'applicazione della pinzetta da fissazione a 4 cm. in basso dal muso, trafiggendo con le punte i bordi dell' incisione vaginale e la parete anteriore dell'utero. Una prima pinzetta si era piegata nella perfissione.

Il resto dell' incisione venne suturata mediante 6 punti superficiali staccati con fili di seta.

Ripulitura dell'endometrio. Zaffo con garza al cloruro di zinco nell'utero, e quindi zaffamento della vagina con garza iodoformica.

Il 1° dicembre 1900 furono tolti i due zaffi vaginali e rimossa la pinza da fissazione previo tamponamento dell'utero. Rimesso in vagina uno zaffo di garza iodoformica.

Decorso. — 29 novembre 1900. - Vomito cloroformico non grave.

Si lamenta di dolori e di freddo. Venne applicata la vescica

da ghiaccio e riscaldata mediante bottiglia di acqua calda alle estremità.

2 dicembre 1900. — Dolori di stomaco e vomito.

3 dicembre 1900. — Comparsa della mestruazione che anticipa di 5 giorni. Svenimenti ripetuti.

9 dicembre 1900. — Si lagna di dolori nella parte. Viene lavata accuratamente ed asportato qualche cencio necrotico. Tamponata con una lunghetta di garza iodoformica asciutta.

10 dicembre 1900. — Tolta un'ansa di filo, lavanda e zaffamento con garza iodoformica.

17 dicembre 1900. — Viene licenziata.

18 gennaio 1901. — La malata si ripresenta bene nel generale; le condizioni locali procedono bene; nei riguardi della parte anteriore, cicatrizzazione completa.

Le mestruazioni sono accompagnate da dolori con le solite note di ovulazione stentate e fenomenologia riflessa.

6 febbraio 1901. — Si ripresenta dopo aver avuta il 29 gennaio 1901 una mestruazione normale per quantità ed immune da dolori. L'utero normale per sede e forma, mobilissimo si lascia percorrere dal *benniquet* graduato senza risentimento alcuno.

10 marzo 1901. — Esaminata sul tratto di fissazione riscontrasi topografia perfetta.

8 aprile 1901. — Riscontrasi utero perfettamente a posto. La sondatura dà 6 cm. ed è facile, come facile è la dilatazione graduale del tutto indolente.

IV.

C. A., di anni 32, nata a Fermo (donna di casa), maritata da 7 anni.

Entrata il 17 gennaio 1901; operata il 7 marzo 1901; licenziata il 21 marzo 1901.

Nel 1896 morì la madre durante l'atto operativo d'un tumore a carico dell'utero; il padre fu operato d'ernia; una sorella sofferente ed in cura per malattia uterina che l'inferma non sa precisare.

Soffrì gli esantemi dell'infanzia, ebbe 3 volte la difterite; l'ultima volta 14 anni fa.

Le mestruazioni furono sempre regolari. La prima a 14 anni; l'ultima risale al principio dell'ultima gravidanza, terminata il 15 luglio 1899, a cui seguì un regolare allattamento a tutto dicembre 1900.

Sgravi 4: il primo prematuro richiese atto operativo; il neonato morì pochi minuti dopo; il secondo a termine felice; il terzo di 9 mesi; felice, tutti e due in presentazione pelvica; il quarto a termine il 15 luglio 1899.

Attualmente accusa un dolore continuo pungente che dal quadrante inferiore destro si diffonde a tutto il ventre ed alle regioni lombari. Tale dolore è accompagnato da leggera ipertermia (38°).

Costituzione linfatica, piuttosto debole.

Diagnosi. — Piometra con esiti di essudati parametritici ed asserragliamento del retto e dell'utero grosso e pastoso quanto un utero gravido oltre il 3° mese, retroflesso e fissato al fondo pelvico disteso e spinto in avanti.

Venne subito instituito un trattamento di urgenza.

Cloroformizzazione e vuotamento del cavo uterino che avvenne sotto i maneggi bimanuali di circa 200 grammi di liquido fetido che ammorbò i presenti e l'ambiente. Zaffamento endouterino *more solito*.

Decorso. — 18 gennaio 1901. - Dopo il trattamento subìto, svegliatasi dalla narcosi, l'ammalata accusa forti dolori al ventre che si calmano con un cataplasma e con una iniezione di morfina.

22 gennaio 1901. — Nei giorni antecedenti non ha avuto quasi mai dolori. La temperatura è scesa al normale (36°,6).

Medicata, tolti i tamponi vaginali di garza iodoformica, si sostituisce con un tampone di ovatta con glicerina.

23 gennaio 1901. — La pelvi si va progressivamente sgorgando.

24 e 25 gennaio 1901. — Ripetute le medicature come il 23.

26 gennaio 1901. — Si lagna di un senso di stiratura doloroso che dalla regione sopra inguinale scende a tutta la regione anteriore della coscia. Alla sera temperatura 37,8.

27 gennaio 1901. — Persiste il dolore su accennato.

28 gennaio 1901. — Il dolore a sinistra è molto forte nelle prime ore del mattino. Laudano e cataplasmi. Temperatura al mattino 36,8. Medicatura locale: zaffamento della vagina con garza all' iodoformio. Impacco caldo.

Il dolore si è alquanto mitigato. Temperatura la sera 37,7.

Dolori la notte che si ripetono anche il giorno 29 e la notte del 29 al 30, localizzandosi più specialmente all'epigastrio.

30 gennaio 1901. — Tolto lo zaffamento precedente, lavaggio semplice.

1 febbraio 1901. — Nelle tre ultime notti ebbe un po' di spurgo liquido, color bianco sporco : continuano più o meno forti i dolori all'epigastrio : dolorabilità eccessiva ai clisteri : nei giorni scorsi, non poteva sopportare più di mezzo litro d'acqua : introdotta una cannula per oltre 15 cm. nel retto ha sopportato fino ad un litro ed ha evacuato sostanze fecali, dure, a pallottoline.

3 febbraio 1901. — L' inferma accusa pochi dolori; si leva presto la mattina perchè ha notato, che quando è in piedi ha la defecazione spontanea, senza necessità dell'enteroclisma.

5 febbraio 1901. — Continua lo stato di relativo benessere soggettivo. Temperatura normale (36,4).

7 febbraio 1901. — Continua il benessere ; continua lo scarso spurgo. L' inferma non ha notato coincidenza tra la cessazione dei dolori e l'apparire dello spurgo ; bensì ha notato che i dolori cessano con la defecazione che avviene naturale quando non giace in posizione supina. Ha avuto una sola scarica, mentre il giorno precedente due.

9 febbraio 1901. — Continua il benessere. Temperatura normale. Accenno di mestruazione la mattina, cessato poi completamente. Medicatura all' ittiolo.

11 febbraio 1901. — All'esame si trova che il fondo uterino mostrava tendenza a staccarsi dal basso fondo pelvico, per modo che tolti tutti i tamponi e lavata accuratamente la parte venne introdotto il *benniquet* che descriveva la curva di retroversio-flexio e ad un tentativo di raddrizzamento si ebbe un senso di strappo, che non potè esser riconosciuto se a carico della parete interna anteriore o della esterna posteriore. Medicatura all' ittiolo e zaffo vaginale di garza semplice.

Ore 15 : l' inferma accusa dolori fortissimi alla vescica da non poter urinare. Viene tolto circa metà dello zaffo vaginale che è macchiato di sangue e l' inferma orina abbondantemente.

12 febbraio 1901. — Nella notte ebbe forti dolori per la impossibilità di urinare, ma poi finì per urinare da sè dopo qualche ora senza togliere lo zaffo vaginale, a cui l' inferma attribuiva il difficoltato mitto.

Dolore gravativo al quadrante inferiore sinistro. Temperatura mattina 36,5, lavaggio semplice della vagina, fuoriuscita di sangue (mestruale ?). Zaffamento vaginale con garza semplice.

19 febbraio 1901. — All'esame riscontrasi il corno uterino destro e annessi fissati alla parete pelvica ; sicchè nei tentativi di raddrizzamento si sente scivolare il corpo mediano, ma la sofferenza determinata è tale, che non si possono vincere le aderenze accennate.

Defecazione e mitto normali, leggera elevazione febbrile il giorno 14 (T. s. 38,6) corretta mediante la somministrazione di pillole ecboliche (chinina, ergotina).

Secondo atto operativo del distacco manuale. — 21 febbraio 1901. - Esame in narcosi profonda, riuscita difficilissima : al principio viva agitazione : la paziente tollera male l' odore del cloroformio e non appena ne subisce gli effetti si ha una fase reattiva muscolare insistente con nota cianotica delle mucose, anche i muscoli interni si contraggono così che il retto e lo stomaco vengono clonicamente colpiti.

Ore 8,45. Con l' esame bimanuale constatasi la diffusa ed irregolare disposizione di concrescimenti utero-pelvici prevalenti a destra. Tutti i maneggi fatti allo scopo di impossessarsi del fondo uterino non riescono che a smagliare gli imbrigliamenti accennati, al quale fatto si aggiunge la fenditura del fornice posteriore, che sconsiglia ulteriori maltrattamenti.

Portando indietro la *portio,* fissata in basso ed indietro da due pinze lunghe, l'utero si raddrizza completamente e dà l'idea come se il corno destro si fosse completamente distaccato da un fascio fibroso. Fatto questo che non è confermato dall'esame bimanuale subito che si lascia la prensione con le pinze.

Zaffamento abbondante con garza iodoformica. Il risveglio dalla narcosi avviene agitato con accessi isterici (pianto e riso)

intensi brividi nervosi.

Dopo circa un' ora la paziente è tranquilla e non si lagna più che di dolori intestinali con movimenti degli organi del ventre. Borsa di ghiaccio. Ore 2,30: emette col catetere cmc. 600 di urina fortemente alcalina, giallo-paglierina limpida, D 1011 senza albumina. Il resto della giornata e la nottata tranquilla, lagnasi di dolori viscerali.

23 febbraio 1901. — Tolti gli zaffi, lavaggio, zaffamento con garza semplice.

24 febbraio 1901. — Cominciata la mattina, si ha nella giornata menorragia abbondante, rosso-pallida, temperatura 36,2. Tolti gli zaffi, lavaggio endovaginale. Accusa un po' di dolore ai quadranti inferiori.

27 febbraio 1901. — Dal giorno 24 a oggi ha intriso circa 20 panni, colore quasi normale: medicatura alla glicerina.

1 marzo 1901. — Ripetuta ieri e oggi la medicatura alla glicerina: pillole ecboliche: oggi cessa la mestruazione.

2 marzo 1901. — Tolti gli zaffi vaginali, la mestruazione è cessata.

7 marzo 1901. — Ore 10. L' inferma viene operata di isteropessia vaginale con la pinza fissatrice.

Atto operativo. — 7 marzo 1901. - Ore 10. Operatore professor Marocco. Cloroformizzatore dott. Renzi. Assistente dottor Veronese. Studenti: Zevi e Iella. Levatrici: signore Fonti e Bufacchi.

Ottenuta la narcosi completa l' operatore afferra il labbro anteriore con quattro fissatori per suddividere la forza di trazione.

Riconosciuto il rapporto sopra-fornico-cervicale con la sonda, riconosciuta la rigidità del canale, specie a carico dell'orificio interno, riconosciuto lo stato di endometrite cronica a carico di tutto l'endometrio irregolarmente ispessito, l'operatore passa alla metrotomia e allo zaffamento del canale genitale superiore.

Ciò fatto sbriglia gli angoli fornicali e stirata la *portio* anteriore così da presentarsi netta la parete vaginale superiore anteriore, o pratica una incisione della vagina a tutto spessore.

A differenza di quanto si trovò nelle incisioni praticate sulle

altre ammalate, s' incontra in questa una briglia trasversale all'angolo superiore del taglio che per essere intima col tessuto paravescicale rende malagevole il distaccamento e l'allontanamento in alto della vescica; ottenuto questo si applica la pinza comprendendo molta della parete dell'utero; si avvicinano i margini con quattro punti in seta e zaffa con garza iodoformica.

Decorso post-operatorio. — 7 marzo 1901. - Il risveglio della narcosi si ha in breve. L' inferma accusa forti dolori in basso, vomiti ripetuti: dolore insistente all'epigastrio che si fa più vivo nell' inspirare; viene siringata ogni cinque ore circa; fino al mattino seguente, emette circa 750 cm.^{3} di urina a D prima crescente, con un massimo di 1035, poco dopo la mezzanotte vi è presenza di albumina e zucchero. Alla sera del 7 fatta una iniezione di morfina, il dolore all'epigastrio cessa.

8 marzo 1901. — Giornata tranquilla: nel pomeriggio urina da sè con dolore urente all'uretra, si lagna di dolori con senso di stiratura ai quadranti inferiori specialmente a sinistra.

9 marzo 1901. — Ieri sera venne fatto un clistere, dopo il quale si ebbe una defecazione discreta. Questa mattina fatto un clistere di circa 2 litri, lo ha ridato senza feci.

Urina spontanea con bruciore all'uretra. Ore 10: Vengono tolti gli zaffi e la pinza, che aveva presa la lunghetta endo uterina; lavaggio abbondante e zaffamento vaginale con un metro di garza iodoformica. Riuscì facile l'allontanamento dei tamponi e delle due lunghette endouterine: una era libera, l'altra imbrigliata, cosichè nella trazione si sentiva legata alla presa della pinza di fissazione. Tenuto conto delle speciali condizioni della pelvi, si venne nell' idea di allontanare la pinza, che riuscì facile; e si affidò ad un tampone di un metro di garza, accuratamente compresso, il mantenimento della nuova topografia. La paziente dopo lieve accesso isterico può camminare.

10 marzo 1901. — Al mattino acqua amara: parecchie scariche fino alla sera tardi, con feci composte. Non accusa dolori.

11 marzo 1901. — Dal mattino ha uno spurgo sanguinolento: tolto lo zaffo vaginale si estrae un piccolo coagulo: lavaggio accurato. Lo spurgo continua in quantità molto minore e quasi senza sangue. Temperatura 37.

12 marzo 1901. — Al mattino irrigazione vaginale come

ieri: non si ha traccia di sangue: leggero dolore al quadrante inferiore destro.

15 marzo 1901. — Ieri ed oggi benessere: al mattino lavanda vaginale con acqua al sublimato. Tolti i quattro punti in seta. Topografia perfetta; resta soltanto una leggera di scontinuità superficiale. Zaffamento vaginale con garza iodoformica.

20 marzo 1901. — Da due giorni morale abbattuto, dolori piccanti ai quadranti inferiori. Medicata, esce poco sangue. Continuano doloretti ai quadranti inferiori; avute nella giornata due scariche.

21 marzo 1901. — Notte poco riposata a causa di dolori persistenti ai quadranti inferiori; accessi di pianto: viene tolto il tampone messo ieri.

Viene dimessa il 21 marzo 1901 per urgenze domestiche.

25 marzo 1901. — Esaminata, condizioni buonissime, leggera essudazione a destra.

27 marzo 1901. — Comincia la mestruazione indolora.

14 aprile 1901. — Si presenta all'ambulatorio: ha avuto nei giorni passati dolori violenti ai quadranti inferiori, specialmente sinistro, ieri sera furono violentissimi, continua uno spurgo bianco-giallastro.

Esaminata riscontrasi condizioni locali eccellenti: utero in leggera antiflessione fisiologica, sondatura facile, mancato antagonismo muscolare cervico-uterino.

V.

A. A., di anni 35, da Marta (Viterbo), vedova da un anno e mezzo.

Entrata il 18 febbraio 1901; operata il 21 febbraio 1901; licenziata il 2 marzo 1901.

I genitori morirono, ma essa non ricorda malattie speciali, a 13 anni ebbe infezione malarica.

La prima mestruazione a 18 anni, preceduta da dolori allo stomaco: le successive sempre regolari per tempo e per durata, non abbondanti, di colore normale. Ultima 31 gennaio 1901, scarsa, di poca durata.

Uno sgravo, a felice termine il 23 dicembre 1897, bambina vivente sana.

Accusa debolezza di memoria, vertigini e le altre sofferenze attuali sono: senso di acidità allo stomaco dopo i pasti, spesso con vomito, bolo isterico.

I disturbi che determinano il vomito cominciano dall' ipogastrio e si continuano in alto salendo allo stomaco. Stipsi ostinatissima. Non tollera alcun pessario poichè esacerba la sintomatologia subito dopo la sua applicazione.

Diagnosi — Retroversione completa dell'utero mobilissimo e libero.

Operazione. — Operatore prof. Marocco, assistenti: dottori Renzi, Veronese e Bartolocci, presenti: prof. Durante e prof. D'Antona. Levatrici signore Fonti e Bufacchi.

Ore 8,30. La cloroformizzazione procede regolarmente. Assicuratisi della vacuità e posizione alta della vescica, fissato ed abbassato l'utero e sondatolo, si pratica sul fornice anteriore un' incisione mediana di circa 5 centimetri, interessante tutta la parete vaginale: scollato il brevissimo rapporto fornico vescicale, senza aprire lo sfondato anteriore ricacciato in alto, si applica la pinza fissatrice a 4 centimetri del muso, trafiggendo con la punta i bordi dell' incisione e la parete anteriore dell'utero; per avvicinare i bordi della ferita si applica, 2 centimetri più sotto, un'altra pinza fissatrice che prende solo la parete vaginale.

Lavaggio accurato e zaffamento con garza iodoformica. Durata dell'atto operativo minuti 11, compresa la cloroformizzazione.

21 febbraio 1901. — Ore 9 circa termina l'operazione.

L' inferma è posta in letto riscaldato: borsa di ghiaccio sul corpo: il risveglio della narcosi è tranquillo e senza disturbi. Accusa senso d' indolitura alle reni. Ore 14,30 emette col catetere cmc. 260 d'urine (vedi analisi).

Resto della giornata tranquilla.

22 febbraio 1901. — Ore 6 emette col catetere cmc. 360 d'urina accusa il senso d' indolitura ai reni.

23 febbraio 1901. — Tolti gli zaffi vaginali e la pinza più piccola: utero a posto. Lavaggio e zaffamento vaginale con garza iodoformica.

25 febbraio 1901. — Tolti gli zaffi vaginali lavaggio e zaffamento vaginale con garza iodoformica. Temperatura al mattino 37.

26 febbraio 1901. — Tolta la pinza fissatrice: l'utero è in posto, lavaggio e zaffamento con garza iodoformica.

27 febbraio 1901. — Rinnovata la medicatura con garza iodoformica e zaffata con garza semplice.

28 febbraio 1801. — Applicazione di un pessario di Schultze di gomma, indurito rigido. Si prescrivono le detersioni vaginali antisettiche.

2 marzo 1901. — Le condizioni locali e generali dell'inferma essendo buone si licenzia dalla clinica.

11 marzo 1901. — La malata si ripresenta: cicatrice perfetta. Utero in antiversione completa, pessario in sito ben tollerato.

25 marzo 1901. — Comincia la mestruazione affatto indolora.

21 maggio 1901. — Viene accolta d'urgenza in clinica per sintomi allarmanti di occlusione intestinale nella parte alta del tubo, seguita a 14 giorni di coprostasi assoluta.

All'esame la statica uterina è perfetta. La paziente è sempre in osservazioni per la forma gastro-duodenale non ancora del tutto risolta.

N. B. — 16 luglio 1901. - La condizione locale è ottima sotto ogni riguardo. Si tiene la paziente gratuitamente in Clinica per il grande interesse clinico offerto dalla nuova affezione gastro-duodenale.

VI.

C. C. di anni 31, da Amatrice (donna di casa), nubile.

Entrata il 18 marzo 1901; operata il 21 marzo 1901; licenziata il 14 aprile 1901.

Nulla di notevole dal lato ereditario.

La prima mestruazione a 17 anni, le successive regolari per tempo, quantità e durata, con dolori al basso ventre ed ultimamente anche ai reni, l'ultima il 3 marzo 1901.

Da ragazza ebbe parecchi spaventi. Da circa 10 anni ha

dopo il pasto, e talora anche prima, un dolore urente, che diviene gravativo all'epigastrio, diffondentesi all' ipocondrio sinistro e talora anche al quadrante inferiore sinistro.

Cefalee specialmente l' estate. Defecazione normale ; è stitica quando il dolore all'epigastrio aumenta. Mitto regolare.

Le crisi gastriche con bolo isterico sono irregolari, ma arrivano a farsi intensissime.

Costituzione sana e robusta.

Diagnosi. Rilasciamento dei legamenti uterini e completa retroflessione dell'utero ; fenomenologia nervosa associata a crisi gastriche.

Atto operativo. — 21 marzo 1901. - Operatore prof. Marocco. Cloroformizzatore dottor Renzi. Assistenti: dottori Veronese, Bartolocci, Colazza. Levatrice signora Vivanti.

Portato l' utero in basso, praticata un' incisione mediana lunga cm. 5 sul fornice anteriore interessante tutta la parete vaginale, scollati i rapporti cervico-fornicali e quelli molto aderenti utero vescicali, si applica la pinza fissatrice, a circa cm. 1 dall'angolo superiore della incisione fatta, trafiggendo con le punte i bordi della incisione e il corpo dell' utero; con due punti in silk si avvicinano i bordi dell' incisione vaginale più in basso ; si applica un piccolo pessario ; zaffamento con garza iodoformica ; durata della operazione dalle 9,45 alle 10,10 ; la maggior parte del tempo fu impiegato al distacco della vescica dall'utero.

Decorso. —21 marzo 1901. - Risveglio dalla narcosi tranquillo.

24 marzo 1901. — Accusa persistente il dolore all' epigastrio, che si mitiga coll'applicazione locale del freddo. Si nota uno stillicidio sanguigno. Vengono allontanati la pinza e gli zaffi ; lavaggio accurato e zaffamento con garza all'acqua Pagliari. È lasciato in sito il pessario.

25 marzo 1901. — L' inferma accusa il dolore all'epigastrio quasi continuo, ora minore ora maggiore. Temperatura normale.

26 marzo 1901. — Persiste dolore all'epigastrio.

27 marzo 1901. — Continua il dolore all'epigastrio. Scariche dopo gli enteroclismi. Esaminata localmente si riscontra un'escara superficiale dovuta all'azione dell'acqua Pagliari.

28 marzo 1901. — I dolori all'epigastrio continuano ; non

si sono calmati con le cartine di idroclorato di morfina: esaminata, tolto lo zaffo vaginale messo ieri, si asportano due punti; il pessario che si applica deve essere subito tolto per il dolore all'epigastrio fortemente aumentato.

31 marzo 1901. — I dolori all'epigastrio non si sono calmati con le polveri di lattofenina, nè coll'acqua coobata di lauro ceraso e morfina. Scariche dopo gli enteroclismi. Temperatura normale.

Comincia la mestruazione.

2 aprile 1901. — Continua la mestruazione.

I dolori all'epigastrio continuano a intervalli, specialmente dopo i pasti.

4 aprile 1901. — La mestruazione è quasi scomparsa. I dolori soliti continuano. Si sono alquanto calmati con i bromuri, ma poi tornarono, però non molto forti.

5 aprile 1901. — Si prescrive la mistura tribromica con una tazza di camomilla. Utero perfettamente a posto. Nessun risentimento locale.

Persistendo i crampi allo stomaco si permette alla paziente di stare levata e si osserva la prescrizione sopraindicata che calma i dolori.

Da ieri mattina la mestruazione è cessata.

6 aprile 1901. — Ha riposato bene; non sono più tornati i dolori; ha evacuato spontaneamente. Dopo l'enteroclisma ha avuto una scarica con fecce composte.

7 aprile 1901. — Evacuazione spontanea: benessere: un po' di disturbo dato dal latte, passa con un po' d'acqua 2da di calce.

9 aprile 1901. — Ha ripreso il dolore solito che dall'epigastrio diffondesi al ventre. Temperatura normale. All'esame risulta decorso ottimo.

12 aprile 1901. — Si nota un progressivo miglioramento nello stato generale dell' inferma che accusa più di rado i dolori.

13 aprile 1901. — Zaffamento vaginale semplice.

14 aprile 1901. — Tolto lo zaffo di ieri: lavaggio. Condizioni buone. Al tratto di fissazione si ha un nodo duro che non ostacola il sondaggio graduale.

L'ammalata è licenziata in ottime condizioni.

31 maggio 1901. — Si presenta domandando il permesso di

portarsi al proprio paese a prender marito. Localmente le condizioni sono ottime.

VII.

M. A., di anni 27, da Roma, stiratrice, maritata da 12 anni.

Entrata il 22 maggio 1901 ; operata il 23 maggio 1901 ; licenziata il 3 giugno 1901,

Padre e madre di buona salute. La madre ha avuto 18 sgravi a termine.

Non ha fratelli, nè sorelle, essendo morti o poco dopo lo sgravo, o in tenera età.

Non ricorda malattie d' infanzia.

La prima mestruazione a 14 anni. Le successive regolari per tempo e quantità. L'ultima mestruazione è avvenuta il giorno 7 corrente.

Maritata a 15 anni. Due sgravi. L'ultimo 7 anni addietro.

Dieci mesi circa dopo l'ultimo parto, in seguito ad un forte dispiacere, sofferse grave metrorragia della durata di circa 20 giorni, accompagnata da forti dolori. Tali dolori erano lancinanti, al basso ventre e si irradiavano alle reni ed alle gambe. Poco tempo dopo scomparsi i dolori, rimase un peso gravitivo al basso ventre, che le dava molestia non lieve nell'accudire alle proprie faccende. Le mestruazioni allora si succedettero con anticipo, abbondanti e accompagnate da forti dolori e da profusa leucorrea. I dolori in seguito diminuirono, le mestruazioni divennero più regolari ; finchè il 3 febbraio dello scorso anno (1900) venne ricevuta nell'Ospedale della Consolazione e quivi sottoposta all'operazione dell'Alexander-Adams. Dopo tale operazione, l'ammalata si è sentita alquanto bene, le mestruazioni si sono fatte regolari, sono spariti i dolori al basso ventre.

Però due mesi addietro, sono ricomparsi i dolori, il peso all'addome, accompagnato da un senso di stiramento agli inguini. E cominciò anche a soffrire nuovamente di cefalea, vertigini, inappetenza, stitichezza eccessiva. Il mitto è regolare ; però c' è tenesmo appena terminata l'urinazione.

Diagnosi. — Intermittente retroversione dell'utero con stiramento inguino-pelvico e tenesmo vescicale ; sequele di accor-

ciamento bilaterale dei legamenti rotondi col metodo di Alexander-Adams.

La paziente è così docile e compresa della poca gravità dell'atto operativo, che si decide l'intervento senza cloroformizzazione.

Operazione. — 23 maggio 1901. - Presenti i dottori Veronese, Renzi, Tranchida. Accurata disinfezione vaginale. Cateterismo. A mezzo della sonda metallica esame della vescica nei suoi rapporti con la faccia anteriore dell'utero e col fornice anteriore. Abbassamento dell'utero. Incisione longitudinale mediana da un centimetro dell'orifizio esterno per un tratto di circa 3-4 ccentimetri. Dissezione indaginosa del setto vescico-cervicale fino a raggiungere la sierosa. Respinta in alto la vescica, venne applicata la pinza fissatrice trafiggendo la parete vaginale e la parete anteriore dell'utero poco sopra lo sfondato anteriore. Chiusura della ferita fornico-vaginale, con sopragitto superficiale. Zaffo vaginale con garza iodoformica Durante l'operazione venne a mezzo del catetere controllata la integrità della vescica.

23 maggio 1901. — L'ammalata si lagna di leggeri e scarsi dolori al basso ventre ed alle reni. Temperatura normale(37,2). Viene siringata dopo 6 ore dall'operazione. All'esame uroscopico nulla di speciale (V. Reg. Analisi Urine). Siringata a mezzanotte.

24 maggio 1901. — Siringata alle ore 7. Reazione acida. Assenza assoluta di albumina. Il dolore alle reni notevolmente diminuito. Temperatura 37,2. Somministrazione d'acqua amara purgativa. Viene tolto lo zaffo vaginale. Disinfezione accurata mediante abbondante lavacro antisettico. Viene rimesso lo zaffo vaginale con garza iodoformica.

25 maggio 1901. — Viene tolto lo zaffo vaginale. Lavacro generoso. Riscontrasi coll'esame rettale la valida presa della pinza a tutto equatore del corpo uterino. Sono rimessi gli zaffi vaginali al sublimato.

26 maggio 1901. — Nell'operare senza cloroformio la sensibilità dell'ammalata nell'ultimo atto dell'operazione, sebbene si trattasse di soggetto tollerantissimo, fu causa che disturbati dai contorcimenti e grida di dolore, si applicasse la pinza in modo che essa cadde rovescia sotto la mano dell'operatore.

Per tal fatto al momento della sua rimozione, accadde che,

aperta la vite e scomposto l'istrumento, le due branche si intricassero così da rendere difficile e dolorosa alla paziente ed alle mani dell'operatore la estrazione delle singole branche.

Ad evitare tale inconveniente nei successivi casi, si provvide a togliere la finestra, che obbliga ora le due branche fra loro, sostituendola con una doccia ed assicurando il parallelismo a mezzo di un'asta che attraversi le due branche poco sopra il loro punto di fissazione. Si applica un pessario. Temperatura quasi normale (37,2) e nella sera 37,5.

27 maggio 1901. — La linea di sutura è perfetta, qualunque reazione è cessata e l'ammalata domanda potersi levare dal letto.

28 maggio 1901. — Vengono tolti i punti di sutura. Tamponamento vaginale previo accurato lavaggio.

29 maggio 1901. — Medicazione, abbondante lavaggio. Tamponamento con garza semplice.

30 maggio 1901. — Viene stamponata. Abbondante irrigazione vaginale. Nella notte incomincia la mestruazione senza alcun dolore.

31 maggio 1901. — Lavaggio vaginale.

1 giugno 1901. — Lavaggio vaginale. Mestruazione continua in discreta quantità.

2 giugno 1901. — Lavaggio vaginale.

3 giugno 1901. — Viene licenziata, ma le si raccomanda di venire in ambulatorio per semplice controllo.

***

Epicrisi. — I pochi casi trascelti, per la loro varietà, riescono per sè stessi dimostrativi. Sarebbe stato mio desiderio, persuaso che l'argomento ne valga la pena, di presentarlo largamente sviluppato clinicamente da grossa serie di casi, dal caso semplice a quelli che, per la qualità dei danni pelvico-genitali, reclamassero un soccorso complesso del quale la fissazione dell'utero spostato fosse la parte minore.

Le migliorie adattate per la facile presa e la più facile ri-

mozione dell' istrumento, nonchè la pratica di coadiuvarlo seduta stante con un pessario, non modificano le proposizioni riassuntive dettate pel Congresso di Napoli tenuto dalla Società di Ostetricia e Ginecologia nel 1900.

Qui le ripeto augurandomi che questo istrumento per quanto modesto, si possa dire veramente utile.

La pinzetta fissatrice trova la sua indicazione nei casi nei quali l' utero retroflesso-verso è mobile, o con un trattamento diretto od indiretto può rendersi tale e debba esser corretto e mantenuto nella sua posizione fisiologica, *o in una che più davvicino vi corrisponda.*

La sua applicazione è inspirata ai seguenti criteri:

1° Dal rapido sguardo retrospettivo dell' ultimo periodo ginecologico risulta che nel trattamento diretto delle forme pelviche in genere la via vaginale ha guadagnato il diritto ad essere la via di elezione.

2° La esperienza constata che il guardarsi dal lasciare negli atti operativi punti di stimolo, cause di irritazione locale in ispecie da relitti di suture superficiali e profonde, è divenuto un sano principio di massima nell' encheiresi ginecologiche di alcuni tratti del tubo genitale.

3° Che lo scopo che deve sempre prefiggersi il ginecologo sta nel ripristino delle topografie e statiche normali da ottenersi, non con meccaniche sostituzioni, a cui si riducono molte delle plastiche sopra tessuti allentati, atrofizzati, o che lo diventano in secondo tempo, ma con la interpretazione e graduale eliminazione dei danni sofferti dal canale genitale. La retroflessione dell'utero da sola per la meccanica turba circolatoria che vi determina e per le secondarie irradiazioni nervose può ingenerare intolleranza a qualsiasi trattamento e può esser causa di progressivo deterioramento locale e generale.

Corretta la retroflessione con la pinzetta fissatrice, questa viene contemporaneamente coadiuvata nel suo officio da un adatto pessario per cui si assicura, in un periodo di tempo variabile a seconda dei soggetti, l'adesione delle parti messe a contatto, ma non mai strette o strozzate; per tal modo si ristabilisce la circolazione normale e con essa la funzionalità della compromessa musculatura; nonchè possono correggersi le disfunziona-

lità vicine dei singoli casi.

Questa isteropessia vaginale può bastare per sè sola allo scopo; o può associarsi a qualsiasi altro intervento voluto da indicazioni speciali a seconda dei casi.

La tecnica di questo procedimento per sè non potrebbe essere più semplice, anche quando viene a rappresentare una piccola parte di un imprendimento maggiore. La pinzetta fissatrice ha tutti i vantaggi di un punto metallico che si può a piacere rimuovere, senza gli inconvenienti presenti e lontani di una sutura profonda. Eccone lo schema:

1° Asepsi accurata e abbassamento dell'utero.

2° Incisione anteriore longitudinale e nei casi speciali a T rovescio fornico-vaginale, a tutto spessore fino al tessuto della cervice.

3° Scollamento della vescica e distrazione verso l'alto del peritoneo, quando non occorra di più, per quanto lo esige la lunghezza dell'utero portato in leggera antiflessione.

4° Applicazione di una o più pinze che comprendano coi bordi vaginali la parete anteriore uterina, distanti fra loro da due a tre centimetri. Qualche punto superficiale vaginale.

5° Applicazione di un anello di Scultze e zaffamento con striscie di garza sterilizzata, facendo attenzione che la pinza si adagi sopra di esse senza punto stirare il segmento vagino-utero-vaginale che abbraccia. Le pinze possono restare in sito persino 8 giorni, mentre lo zaffo si muta dalla 2ª alla 3ª giornata; vi si può associare la ripulitura e lo zaffamento della cavità uterina e qualunque altro atto operativo fosse richiesto da ogni singolo caso.

BIBLIOGRAFIA.

C. Marocco. — *Prelezione al corso libero teorico-pratico di Ginecologia. Sulle deformazioni e sugli spostamenti dell'utero.* - Roma, 1888. - Tipografia Fratelli Pallotta.

C. Marocco. — *Della importanza funzionale della vescica e dell'allungamento della vagina anteriore nel trattamento chirurgico delle retroversioni e retroflessioni dell'utero.* Contributo clinico all' isteropessia vaginale, con quattro tavole, ecc. - Roma, 1894. - Tip. dell'Unione Cooperativa editrice.

Prof. Ludwig Kleinwächter. — *Uterusverlagerungen-operative uterusfixationen und die aus letzteren resultirenden geburtsstörungen.* - Mit 10 holzschnitten. - Berlin-Wien, 1899. - Urban e Schwarzenberg.

C. Marocco. — *Isteropessia vaginale senza sutura.* Cenno riassuntivo della comunicazione. Estratto dagli atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, volume VII, 1900.

Schücking. - Centralblatt für Ginähologie, n. 14, 1901.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

Fig. 1ª — Sezione antero-posteriore schematica.

ut. rf. — utero retroflesso.
ut. rd. — utero raddrizzato.
v. — vescica.
s. ch. — serrefine chiusa.
pes. — pessario di Schultz.

Fig. 2ª — Figura schematica frontale del campo d'operazione.

ur. — uretra.
b. i. v. — bordo dell'incisione vaginale longitudinale.
l. i. v. — linea di incisione vaginale.
p. u. ant. — parete anteriore dell'utero.
p. v. ant. — parete anteriore della vagina.
P. — porzione vaginale.
s. ch. — serrefine chiusa.
s. a. — serrefine aperta.
inc. tras. — incisione trasversa.

Fig 3ª — Figura che rappresenta in grandezza naturale la serrefine aperta e chiusa, senza finestra d'incrocio, articolata e con bastoncino a sfioro per mantenere il piano delle due branche semicircolari.

Fig 1

ut rf

Fig 2

s.ch

p sup

l v.

Fig 3

24.D.157
Sull' isteropessi vaginale istr1901
Countway Library BER4542
3 2044 045 958 881

24.D.157
Sull' isteropessi vaginale istr1901
Countway Library BER4542
3 2044 045 958 881